



TEXTE ADOPTÉ n° 777
« Petite loi »

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2011-2012

29 novembre 2011

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2012.

(Texte définitif)

L'Assemblée nationale a adopté, dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1^{ère} lecture : **3790, 3869, 3865** et T.A. **752**.
Commission mixte paritaire : **3944**.
Nouvelle lecture : **3933, 3966** et T.A. **763**.
Lecture définitive : **4007** et **4010**.

Sénat : 1^{ère} lecture : **73, 74, 78** et T.A. **12** (2011-2012).
Commission mixte paritaire : **102** (2011-2012).
Nouvelle lecture : **124, 128** et T.A. **16** (2011-2012)

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2010

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2010, sont approuvés :

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	165,2	176,5	-11,4
Vieillesse	183,3	194,1	-10,8
Famille	50,8	53,5	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,9	12,6	-0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	401,9	427,5	-25,5

 ;

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	141,8	153,4	-11,6
Vieillesse	93,4	102,3	-8,9
Famille	50,2	52,9	-2,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,5	11,2	-0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	287,5	311,5	-23,9

 ;

3° Le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse....	9,8	13,8	-4,1

 ;

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 161,8 milliards d'euros ;

5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, s'élevant à 2,3 milliards d'euros ;

6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 5,1 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi présentant un tableau, établi au 31 décembre 2010, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er}, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2010.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2011

Section 1

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

Article 3

I. – Le chapitre IV du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 134-1 sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 134-3 est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « de prévoyance » sont remplacés par les mots : « chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie » ;

b) Au début de la seconde phrase, les mots : « La caisse de prévoyance » sont remplacés par les mots : « Cette caisse » ;

3° L'article L. 134-5 est ainsi modifié :

a) À la seconde phrase du deuxième alinéa, les mots : « de prévoyance » sont remplacés par les mots : « chargée de la gestion du régime spécial d'assurance maladie » ;

b) L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque la branche Maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante

exceptionnels ou non, de la branche Maladie-maternité du régime créancier. » ;

4° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 134-5-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque la branche Maladie-maternité d'un régime débiteur, considérée hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, est déficitaire, le solde dont elle est redevable est plafonné à hauteur du déficit, considéré hors produits et charges de gestion courante exceptionnels ou non, de la branche Maladie-maternité du régime créancier. »

II. – Les 2° à 4° du I s'appliquent à compter de l'exercice 2011. Le 1° du même I s'applique à compter du 1^{er} janvier 2012.

Article 4

Au titre de l'année 2011, sont rectifiées, conformément aux tableaux qui suivent :

1° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	171,8	181,3	-9,5
Vieillesse	194,5	202,6	-8,1
Famille	52,9	55,5	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,0	12,9	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	422,0	442,2	-20,1

 ;

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	147,9	157,4	-9,5
Vieillesse	100,6	106,6	-6,0
Famille	52,4	55,0	-2,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6	11,6	0,0
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	303,3	321,3	-18,0

3° Les prévisions de recettes et le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	13,8	17,5	-3,8

Article 5

I. – Au titre de l'année 2011, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale demeure fixé conformément au I de l'article 37 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011.

II. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites demeurent fixées conformément au II du même article 37.

III. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées de recettes mises en réserve par le Fonds de solidarité vieillesse sont fixées à 0,39 milliard d'euros.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 6

Au II de l'article 85 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 précitée, le montant : « 347,71 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 289,72 millions d'euros ».

Article 7

Au IV du même article 85, le montant : « 151 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 161 millions d'euros ».

Article 8

I. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	181,3
Vieillesse	202,6
Famille	55,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,9
Toutes branches (hors transferts entre branches)	442,2

II. – Au titre de l'année 2011, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	157,4
Vieillesse	106,6
Famille	55,0
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	321,3

Article 9

Au titre de l'année 2011, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base ainsi que ses sous-objectifs demeurent fixés conformément au tableau de l'article 90 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 précitée.

TROISIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2012

Section 1

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

Article 10

Le premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le bénéfice de ces mêmes dispositions est également subordonné à la condition que la mutuelle ou union relevant du code de la mutualité, l'institution de prévoyance régie par le présent code ou l'entreprise d'assurances régie par le code des assurances communique annuellement aux assurés le montant et la composition des frais de gestion et d'acquisition de l'organisme affectés aux garanties destinées au remboursement et à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, en pourcentage des cotisations ou primes afférents à ce risque, selon des modalités précisées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

Article 11

Avant le 31 août 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport analysant comparativement les coûts de gestion et le niveau des prestations servies comparées aux cotisations versées des organismes de sécurité sociale, d'une part, des mutuelles et des organismes privés d'assurance complémentaire, d'autre part.

Article 12

I. – L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° est abrogé ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa, ne sont pas assujettis à cette contribution les employeurs de moins de dix salariés au titre des contributions versées au bénéfice des salariés, anciens salariés et de leurs ayants droit pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance. »

II. – L'article L. 137-16 du même code est ainsi modifié :

1° À la fin du premier alinéa, le taux : « 6 % » est remplacé par le taux : « 8 % » ;

2° À la fin du 1°, le taux : « 1,65 % » est remplacé par le taux : « 5 % » ;

3° Au 2°, les taux : « 4,35 % » et « 0,77 % » sont, respectivement, remplacés par les taux : « 3 % » et « 0,5 % ».

III. – La section 1 du chapitre VII du titre III du livre I^{er} du même code est ainsi modifiée :

1° L'intitulé est ainsi rédigé : « Dispositions communes » ;

2° Les articles L. 137-1 et L. 137-2 sont abrogés ;

3° L'article L. 137-3 est ainsi modifié :

a) Le début de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigé : « Les contributions mentionnées au présent chapitre, sauf dispositions expresses contraires, sont recouvrées et contrôlées par les... (*le reste sans changement*). » ;

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

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

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

IV. – Le 2° de l'article L. 131-8, le 3 de l'article L. 137-5, le III des articles L. 137-10 et L. 137-11, le IV de l'article L. 137-13 et l'article L. 137-17 du même code sont abrogés et le dernier alinéa de l'article L. 137-12 dudit code est supprimé.

V. – Au second alinéa de l'article L. 6331-42 du code du travail, les mots : « la taxe mentionnée à l'article L. 137-1 » sont remplacés par les

mots : « les contributions mentionnées au chapitre VII du titre III du livre I^{er} ».

Article 13

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

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

« Sont exonérées de cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales les rémunérations versées aux aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions prévues à l'article L. 1242-2 du code du travail, par les structures suivantes :

« 1° Les associations et entreprises déclarées dans les conditions fixées à l'article L. 7232-1-1 du même code pour l'exercice des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées ;

« 2° Les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale ;

« 3° Les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale.

« Cette exonération s'applique à la fraction des rémunérations versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées au domicile à usage privé :

« a) Des personnes mentionnées au I ;

« b) Des bénéficiaires soit de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre les structures susmentionnées et un organisme de sécurité sociale, soit des prestations mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 222-3 du code de l'action sociale et des familles ou des mêmes prestations d'aide et d'accompagnement aux familles dans le cadre d'une convention conclue entre ces structures et un organisme de sécurité sociale, dans la limite, pour les tâches effectuées au

bénéfice des personnes visées au *a* du I du présent article, du plafond prévu par ce même *a*. » ;

2° Au deuxième alinéa, la référence : « l'alinéa ci-dessous » est remplacée par la référence : « le présent III » ;

3° À la fin du dernier alinéa, la référence : « premier alinéa du présent paragraphe » est remplacée par la référence : « présent III ».

II. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable pour l'exonération mentionnée au III de l'article L. 241-10 du même code.

Article 14

I. – À la première phrase du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du même code, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « deux ».

II. – 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 trois fois la valeur annuelle du plafond mentionné à l'article L. 241-3 du même code pour les indemnités versées en 2012 dans les cas suivants :

1° Au titre d'une rupture notifiée le 31 décembre 2011 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 communiqué au plus tard le 31 décembre 2011 en application des articles L. 1233-10, L. 1233-31 et L. 1233-32 du même code ;

2° Au titre d'une rupture notifiée en 2012 lorsque le montant de l'indemnité légale ou conventionnelle est supérieur à deux fois la valeur annuelle du plafond susmentionné. Dans ce cas, la limite d'exclusion ne peut toutefois excéder le montant prévu soit par la loi, soit par la convention ou l'accord collectif en vigueur au 31 décembre 2011.

Article 15

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

1° Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

« Toute somme ou avantage alloué à un salarié par une personne n'ayant pas la qualité d'employeur en contrepartie d'une activité accomplie dans l'intérêt de ladite personne est une rémunération assujettie aux cotisations de sécurité sociale et aux contributions mentionnées aux articles L. 136-1 du présent code, L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

« Dans les cas où le salarié concerné exerce une activité commerciale ou en lien direct avec la clientèle pour laquelle il est d'usage qu'une personne tierce à l'employeur alloue des sommes ou avantages au salarié au titre de cette activité, cette personne tierce verse à l'organisme de recouvrement dont elle dépend une contribution libératoire dont le montant est égal à 20 % de la part de ces rémunérations qui excède pour l'année considérée un montant égal à 15 % de la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois sur la base de la durée légale du travail. Les cotisations et les contributions d'origine légale ou conventionnelle rendues obligatoires par la loi ne sont pas dues sur ces rémunérations. Cette contribution libératoire ne s'applique que sur la part des rémunérations versées pour un an qui n'excède pas 1,5 fois la valeur du salaire minimum interprofessionnel de croissance calculée pour un mois ; la part supérieure à ce plafond est assujettie aux cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa. » ;

2° À l'avant-dernier alinéa, les mots : « et de l'organisme de recouvrement » sont supprimés ;

3° Après le mot : « libératoire », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée : « mentionnée au deuxième alinéa sont réparties entre les attributaires des cotisations et contributions mentionnées au premier alinéa. »

Article 16

I. – La quatrième phrase du premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du même code est ainsi modifiée :

1° Les mots : « hors rémunération des heures complémentaires et supplémentaires dans la limite, en ce qui concerne la majoration salariale correspondante, des taux de 25 % ou 50 %, selon le cas, prévus au I de l'article L. 3121-22 du code du travail et à l'article L. 713-6 du code rural et de la pêche maritime et » sont supprimés ;

2° Sont ajoutés les mots : « augmentée, le cas échéant, du nombre d'heures complémentaires ou supplémentaires, sans prise en compte des majorations auxquelles elles donnent lieu ».

II. – L'article L. 131-8 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « sécurité sociale », sont insérés les mots : « et les fonds mentionnés au présent article » ;

2° Le 1° est ainsi modifié :

a) À la fin du deuxième alinéa, le taux : « 59,9 % » est remplacé par le taux : « 59,03 % » ;

b) À la fin du troisième alinéa, le taux : « 23,4 % » est remplacé par le taux : « 24,27 % » ;

3° Après le 6°, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° Le produit du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts est versé :

« a) À la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2 du présent code, pour une fraction correspondant à 58,10 % ;

« b) À la branche mentionnée au 4° du même article L. 200-2, pour une fraction correspondant à 7,86 % ;

« c) À la branche mentionnée au 2° de l'article L. 722-8 du code rural et de la pêche maritime, pour une fraction correspondant à 15,44 % ;

« d) Au régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code, pour une fraction correspondant à 1,89 % ;

« e) Aux branches mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 722-27 du même code, pour une fraction correspondant à 9,18 %, répartie dans des conditions fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'agriculture et du budget ;

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

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

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

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

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

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

1° À la fin du *a*, le taux : « 58,10 % » est remplacé par le taux : « 52,33 % » ;

2° À la fin du *b*, le taux : « 7,86 % » est remplacé par le taux : « 11,17 % » ;

3° Au *e*, le taux : « 9,18 % » est remplacé par le taux : « 10 % » ;

4° Au *f*, le taux : « 0,60 % » est remplacé par le taux : « 0,66 % » ;

5° Il est ajouté un *k* ainsi rédigé :

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

IV. – L'article L. 241-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le septième alinéa est ainsi rédigé :

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

2° Il est ajouté un 8° ainsi rédigé :

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

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

« 8° Le produit des impôts et taxes mentionnés à l'article L. 131-8 du présent code, dans les conditions fixées par ce même article. »

VI. – Le 8° de l'article L. 731-2 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rédigé :

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

VII. – Les I et II de l'article L. 741-9 du même code sont complétés par un 3° ainsi rédigé :

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

VIII. – L'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 est abrogé.

IX. – Le 4° du II de l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008 est ainsi rédigé :

« 4° Une fraction du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, fixée à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale. »

Article 17

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

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

2° Le taux : « 3 % » est remplacé par le taux : « 1,75 % » ;

3° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

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

II. – Après le premier alinéa du II de l'article 3 de la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La réduction prévue au deuxième alinéa du I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable à ce bonus exceptionnel. »

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

1° Au *a* du 3°, après le mot : « Parlement, », sont insérés les mots : « l'indemnité de résidence, » et le mot : « précédentes » est remplacé par le mot : « premières » ;

2° Le 6° est abrogé.

Article 18

I. – Le même code est ainsi modifié :

1° À la seconde phrase du second alinéa de l'article L. 131-9, après la référence : « L. 242-1 », sont insérés les mots : « et de leurs revenus de remplacement » ;

2° Après le II de l'article L. 136-5, il est inséré un II *bis* ainsi rédigé :

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

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

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

2° Après le mot : « physiques », la fin du premier alinéa du I de l'article 15 est ainsi rédigée : « fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts. » ;

3° Le 1° du III du même article 15 est abrogé.

III. – Le 1° du I et le II du présent article s'appliquent aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2011.

IV. – Le 2° du I s'applique à compter du 1^{er} janvier 2012.

Article 19

Le même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 136-6 est complété par un IV ainsi rédigé :

« IV. – Par dérogation aux dispositions du III, la contribution portant sur les redevances visées aux articles L. 7121-8 et L. 7123-6 du code du travail et versées aux artistes du spectacle et aux mannequins est précomptée, recouvrée et contrôlée selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale. » ;

2° Le second alinéa de l'article L. 131-9 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ils sont également applicables aux redevances mentionnées au IV de l'article L. 136-6 versées aux personnes qui ne remplissent pas la condition de résidence fiscale fixée au I du même article. »

Article 20

I. – L'article L. 651-5 du même code est ainsi modifié :

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

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

« Pour les établissements de crédit et, lorsqu'elles sont agréées par l'Autorité de contrôle prudentiel, les entreprises mentionnées à l'article L. 531-4 du code monétaire et financier, le chiffre d'affaires est celui défini au 1 du III de l'article 1586 *sexies* du code général des impôts. Toutefois, le chiffre d'affaires annuel afférent aux contrats d'échanges de taux d'intérêt,

aux opérations sur devises et aux autres instruments financiers à terme est constitué par le résultat net positif de chacune de ces catégories.

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

II. – Le présent article est applicable à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés due à compter du 1^{er} janvier 2012.

Article 21

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

1° Le tableau du *a* est ainsi rédigé :

«

Taux d'émission de dioxyde de carbone <i>(en grammes par kilomètre)</i>	Tarif applicable par gramme de dioxyde de carbone <i>(en euros)</i>
Inférieur ou égal à 50	0
Supérieur à 50 et inférieur ou égal à 100	2
Supérieur à 100 et inférieur ou égal à 120	4
Supérieur à 120 et inférieur ou égal à 140	5,5
Supérieur à 140 et inférieur ou égal à 160	11,5
Supérieur à 160 et inférieur ou égal à 200	18
Supérieur à 200 et inférieur ou égal à 250	21,5
Supérieur à 250	27

» ;

2° Le tableau du *b* est ainsi rédigé :

«

Puissance fiscale <i>(en chevaux-vapeur)</i>	Tarif applicable <i>(en euros)</i>
Inférieure ou égale à 3	750
De 4 à 6	1 400

»

De 7 à 10	3 000	»
De 11 à 15	3 600	
Supérieure à 15.....	4 500	

II. – L'article 1010 A du même code est abrogé.

III. – Les véhicules combinant l'énergie électrique et une motorisation à l'essence ou au gazole et émettant moins de 110 grammes de CO₂ par kilomètre parcouru sont exonérés de la taxe prévue à l'article 1010 du même code.

Cette exonération s'applique pendant une période de huit trimestres décomptée à partir du premier jour du premier trimestre en cours à la date de première mise en circulation du véhicule.

IV. – Le présent article s'applique à compter de la période d'imposition s'ouvrant le 1^{er} octobre 2011.

Article 22

I. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa de l'article 317 est complété par une phrase ainsi rédigée :

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

2° L'article 402 *bis* est ainsi modifié :

a) Au début du deuxième alinéa, le montant : « 56,40 € » est remplacé par le montant : « 45 € » ;

b) Au début du troisième alinéa, le montant : « 223,51 € » est remplacé par le montant : « 180 € » ;

c) Au début de la dernière phrase du dernier alinéa, le mot : « Il » est remplacé par une phrase et les mots : « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif » ;

3° L'article 403 est ainsi modifié :

a) Au début du 2° du I, le montant : « 1 514,47 € » est remplacé par le montant : « 1 660 € » ;

b) Au début de la dernière phrase du II, le mot : « Il » est remplacé par une phrase et les mots : « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif » ;

4° Au début de la dernière phrase du dernier alinéa de l'article 438 et de la dernière phrase du dernier alinéa du *a* du I de l'article 520 A, le mot : « Il » est remplacé par une phrase et les mots : « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif ».

II. – La section 3 du chapitre V du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Au premier alinéa de l'article L. 245-8, le taux : « 25 % » est remplacé par le taux : « 18 % » ;

2° L'article L. 245-9 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Le montant de la cotisation est fixé à :

« 1° 533 € par hectolitre d'alcool pur pour les boissons définies au *b* du I de l'article 401 du code général des impôts ;

« 2° 45 € par hectolitre pour les autres boissons.

« Ce montant ne peut excéder 40 % du droit d'accise applicable à la boisson concernée. » ;

b) Au début de la dernière phrase du dernier alinéa, le mot : « Il » est remplacé par une phrase et les mots : « Ce relèvement ne peut excéder 1,75 %. Le tarif ».

Article 23

Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2012 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux K est fixé à 0,5 %.

Article 24

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

Article 25

La première phrase du troisième alinéa de l'article L. 245-6 du même code est ainsi rédigée :

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

Article 26

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

1° L'article L. 5121-18 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5121-18.* – Les redevables des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts adressent à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code et au Comité économique des produits de santé, au plus tard le 31 mars de chaque année, une déclaration fournissant des informations relatives aux ventes réalisées

au cours de l'année civile précédente pour les médicaments, produits de santé, dispositifs médicaux et dispositifs médicaux de diagnostic *in vitro* donnant lieu au paiement de chacune de ces taxes, ainsi qu'à leur régime de prise en charge ou de remboursement. Les déclarations sont établies conformément aux modèles fixés par décision du directeur général de l'agence mentionnée au même article L. 5311-1. Les redevables de la taxe prévue à l'article 1600-0 P du code général des impôts adressent, au plus tard le 31 mars de chaque année, à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du présent code une déclaration établie conformément au modèle fixé par décision du directeur de l'agence mentionnée au même article L. 5311-1, fournissant des informations relatives aux ventes réalisées au cours de l'année civile précédente pour les produits cosmétiques donnant lieu au paiement de la taxe.

« Toute personne qui effectue la première vente en France d'un médicament désigné comme orphelin en application du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins ou d'un médicament faisant l'objet ou ayant fait l'objet d'une autorisation temporaire d'utilisation mentionnés au *a* du I de l'article L. 5121-12 est également tenue d'adresser à l'agence et au comité la déclaration des ventes réalisées pour ce médicament prévue au premier alinéa du présent article. » ;

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

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

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

a) Les 1° et 2° sont ainsi rédigés :

« 1° Par une subvention de l'État ;

« 2° Par des subventions d'autres collectivités publiques, de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales ; »

b) Le 3° est abrogé ;

c) Les 4° et 5° deviennent, respectivement, les 3° et 4° ;

5° Le chapitre I^{er} du titre II du livre III de la cinquième partie est complété par un article L. 5321-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5321-3. – I. –* Donne lieu au versement d'un droit par le demandeur l'accomplissement par l'agence des opérations suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

« c) 120 € pour l'opération mentionnée au 3° ;

« d) 3 500 € pour l'opération mentionnée au 4°.

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

6° Après l'article L. 5421-6-2, il est inséré un article L. 5421-6-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5421-6-3.* – Le fait de ne pas adresser à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1, au plus tard le 31 mars de l'année en cours, la déclaration mentionnée à l'article L. 5121-18 est puni de 45 000 € d'amende.

« Le fait d'adresser une déclaration incomplète ou inexacte est puni de 25 000 € d'amende. » ;

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

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

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

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

2° L'article L. 162-17-5 est abrogé ;

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

« 7° Les taxes perçues au titre des articles 1600-0 N, 1600-0 O, 1600-0 R et 1635 *bis* AE du code général des impôts et les droits perçus au titre de l'article L. 5321-3 du code de la santé publique. »

III. – Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° La section 0I du chapitre I^{er} du titre III de la deuxième partie du livre I^{er} est complétée par un V ainsi rédigé :

« V. – Prélèvements sociaux perçus au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés

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

« II. – Les médicaments et produits de santé mentionnés au I sont les médicaments et produits de santé ayant fait l'objet d'un enregistrement au sens des articles L. 5121-13 et L. 5121-14-1 du code de la santé publique, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 au sens de l'article L. 5121-8 du même code, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Union européenne au sens du titre II du règlement (CE) n° 726/2004 du Parlement européen et du Conseil, du 31 mars 2004, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance en ce qui concerne les médicaments à usage humain et à usage vétérinaire, et instituant une Agence européenne des médicaments, ou d'une autorisation d'importation parallèle en application de l'article L. 5124-13 du même code.

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

« IV. – Le montant de la taxe est fixé forfaitairement pour chaque médicament ou produit de santé mentionné au II à :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« II. – Les produits mentionnés au I sont les produits cosmétiques définis à l'article L. 5131-1 du code de la santé publique.

« III. – L'assiette de la taxe est constituée du montant total des ventes de produits mentionnés au II, hors taxe sur la valeur ajoutée, réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes portant sur les

produits mentionnés au même II lorsqu'ils sont exportés hors de l'Union européenne ou lorsqu'ils sont expédiés vers un autre État membre de l'Union européenne.

« IV. – Le taux de cette taxe est fixé à 0,1 %.

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

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

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

« Les redevables placés sous le régime simplifié d'imposition prévu à l'article 302 *septies* A déclarent et acquittent les taxes mentionnées au I des articles 1600-0 N, 1600-0 O et 1600-0 P ~~QA~~ lors du dépôt de la déclaration mentionnée au 3 de l'article 287.

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

« III. – Lorsque les redevables des taxes mentionnées au même I ne sont pas établis dans un État membre de l'Union européenne ou dans tout autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen et ayant conclu une convention fiscale qui contient une clause d'assistance administrative en vue de lutter contre la fraude et l'évasion fiscales, ils sont tenus de faire accréditer auprès du service des impôts compétent un représentant assujéti à la taxe sur la valeur ajoutée établi en France qui

s'engage à remplir les formalités incombant à ces redevables et, en cas d'opération imposable, à acquitter les taxes à leur place.

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

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

« II. – Le montant de la taxe mentionnée au I est fixé forfaitairement par décret dans la limite maximale de 600 €.

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

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

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

2° Après la section V *quater* du chapitre III du même titre III, est insérée une section V *quinquies* ainsi rédigée :

« Section V quinquies

**« Droits perçus au profit de la Caisse nationale
de l'assurance maladie des travailleurs salariés**

« Art. 1635 bis AE. – I. – Est subordonné au paiement d'un droit perçu au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés le dépôt auprès de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique de chaque :

« 1° Demande d'enregistrement mentionnée aux articles L. 5121-13 et L. 5121-14 du même code, de chaque demande de renouvellement ou de modification de cet enregistrement ;

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

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

« 4° Demande de reconnaissance par au moins un autre État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen d'une autorisation de mise sur le marché, délivrée par le directeur général de l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1, mentionnée à l'article L. 5121-8 du même code ou de chaque demande de modification de cette autorisation ;

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

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

« 7° Dépôt de publicité mentionné aux articles L. 5122-9 et L. 5122-14 du même code.

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

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

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

« c) 50 000 € pour les demandes mentionnées aux 3° à 5° du I ;

« d) 1 200 € pour les demandes mentionnées aux 6° et 7° du I.

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

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

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

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

IV. – Le VII de la section 2 du chapitre III du titre II de la première partie du livre des procédures fiscales est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique

« Art. L. 166 D. – L'administration chargée du recouvrement des taxes prévues aux articles 1600-0 N et 1600-0 O du code général des impôts transmet à l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du code de la santé

publique les données collectées à partir des déclarations des redevables de ces taxes, dans les conditions et suivant les modalités déterminées par décret : le nom de l'établissement, l'identifiant SIRET, l'adresse de l'établissement principal ou du siège du redevable et le montant acquitté pour chacune des taxes précitées. Les destinataires des informations transmises sont astreints, pour les données dont ils ont à connaître en application du présent article, au secret professionnel sous les sanctions prévues à l'article 226-13 du code pénal. »

V. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

VI. – Par dérogation aux dispositions du présent article, quand elle constate, après le 1^{er} janvier 2012, un versement erroné ou l'absence de versement de la part du redevable d'un des droits, taxes ou redevances à acquitter en 2011 ou au cours des exercices antérieurs et prévus à l'article 23 de la loi n° 2005-1720 du 30 décembre 2005 de finances rectificative pour 2005, aux articles L. 5121-15 à L. 5121-17, L. 5122-5, L. 5138-5, L. 5211-5-2, L. 5221-7, au 3^o de l'article L. 5321-2 et à l'article L. 6221-11 du code de la santé publique, dans leur rédaction en vigueur au 1^{er} janvier 2011, l'agence mentionnée à l'article L. 5311-1 du même code procède à la liquidation et au recouvrement des sommes restant à percevoir ou au remboursement des sommes perçues à tort conformément aux dispositions en vigueur l'année où le droit, la taxe ou la redevance était dû.

Article 27

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

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

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

1^o L'article L. 731-2 est ainsi modifié :

a) Les 4°, 6° et 7° sont abrogés ;

b) Après la première occurrence du mot : « à », la fin du 5° est ainsi rédigée : « 43,7 % du produit du droit de consommation sur les alcools mentionné à l'article 403 du même code ; »

2° L'article L. 731-3 est ainsi modifié :

a) Après le 2°, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 *bis* du code général des impôts ; »

b) Au début du 3°, le mot : « Le » est remplacé par les mots : « Une fraction égale à 56,3 % du » ;

c) Au début du 4°, les mots : « Une fraction égale à 34,4 % du » sont remplacés par le mot : « Le » ;

d) Après le 4°, sont insérés des 4° *bis* et 4° *ter* ainsi rédigés :

« 4° *bis* Le produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du code général des impôts ;

« 4° *ter* Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée à l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ; ».

Article 28

I. – À compter du 1^{er} janvier 2013, les salariés et anciens salariés de la chambre de commerce et d'industrie de Paris et leurs ayants droit qui relevaient antérieurement du régime spécial d'assurance maladie du personnel de cet établissement sont affiliés ou pris en charge par le régime général de sécurité sociale pour les risques maladie, maternité et décès dans le respect des règles du régime général de la sécurité sociale. Il est mis fin à ce régime spécial à compter de cette même date.

Un décret en Conseil d'État détermine les modalités de mise en œuvre du transfert prévu au premier alinéa, notamment les adaptations rendues

nécessaires par ce transfert aux règles relatives aux droits à prestations des assurances sociales fixées aux titres I^{er} à III et VI du livre III du code de la sécurité sociale.

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

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

Article 29

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

Article 30

Est approuvé le montant de 3,1 milliards d'euros, correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 31

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

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	180,4
Vieillesse	202,6
Famille	54,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	440,2

 ;

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Maladie	155,7
Vieillesse	104,7
Famille	53,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	316,7

 ;

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.....	14,2

Article 32

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie.....	180,4	186,2	-5,8
Vieillesse.....	202,6	210,4	-7,8
Famille.....	54,4	56,5	-2,0
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	13,4	13,3	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	440,2	455,8	-15,6

Article 33

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie.....	155,7	161,6	-5,9
Vieillesse.....	104,7	110,6	-5,9
Famille.....	53,9	56,0	-2,0
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,0	11,9	0,0
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	316,7	330,5	-13,8

Article 34

Pour l'année 2012, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse.....	14,2	18,3	-4,1

Article 35

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

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes affectées	0
Total	0

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
Recettes fiscales affectées	0,4
Total	0,4

Article 36

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2012-2015), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base 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 3

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

Article 37

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

1° Les deux premiers alinéas sont ainsi rédigés :

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

« Ce revenu est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu, sans qu'il soit tenu compte des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des reports déficitaires, des exonérations et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts. En outre, les cotisations versées aux régimes facultatifs mentionnées au second alinéa du I de l'article 154 *bis* du même code ne sont admises en déduction que pour les assurés ayant adhéré aux régimes en cause avant le 13 février 1994. » ;

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

« Pour les travailleurs indépendants non agricoles qui font application de la section 2 du chapitre VI du titre II du livre V du code de commerce et sont assujettis à ce titre à l'impôt sur les sociétés, le revenu d'activité pris en compte intègre également la part des revenus mentionnés aux

articles 108 à 115 du code général des impôts qui excède 10 % du montant de la valeur des biens du patrimoine affecté constaté en fin d'exercice ou la part de ces revenus qui excède 10 % du montant du bénéfice net au sens de l'article 38 du même code si ce dernier montant est supérieur. Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent alinéa. » ;

3° Les trois derniers alinéas sont supprimés.

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

III. – Au même code, il est rétabli un article L. 131-6-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 131-6-2.* – Les cotisations sont dues annuellement.

« Elles sont calculées, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu d'activité de l'avant-dernière année. Pour les deux premières années d'activité, les cotisations provisionnelles sont calculées sur un revenu forfaitaire fixé par décret après consultation des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale concernés.

« Lorsque le revenu d'activité est définitivement connu, les cotisations font l'objet d'une régularisation.

« Par dérogation au deuxième alinéa, sur demande du cotisant, les cotisations provisionnelles peuvent être calculées sur la base du dernier revenu d'activité connu ou sur la base du revenu estimé de l'année en cours. Lorsque le revenu définitif est supérieur de plus d'un tiers au revenu estimé par le cotisant, une majoration de retard est appliquée sur la différence entre les cotisations provisionnelles calculées dans les conditions de droit commun et les cotisations provisionnelles calculées sur la base des revenus estimés, sauf si les éléments en la possession du cotisant au moment de sa demande justifiaient son estimation. Le montant et les conditions d'application de cette majoration sont fixés par décret.

« Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n'ont pas été transmises, celles-ci sont calculées dans les conditions prévues à l'article L. 242-12-1. »

IV. – La section 6 du chapitre II du titre IV du livre II du même code est complétée par un article L. 242-12-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 242-12-1.* – Lorsque les données nécessaires au calcul des cotisations n’ont pas été transmises, celles-ci sont calculées à titre provisoire par les organismes chargés du recouvrement sur une base majorée déterminée par référence aux dernières données connues ou sur une base forfaitaire.

« Dans ce cas, il n’est tenu compte d’aucune exonération dont pourrait bénéficier le cotisant.

« Le cotisant reste tenu de fournir les données mentionnées au premier alinéa. Sous réserve qu’il continue d’en remplir les conditions éventuelles, le montant des cotisations finalement dues tient alors compte des exonérations applicables. Le cotisant est, en outre, redevable d’une pénalité calculée sur ce montant et recouvrée sous les mêmes garanties et sanctions que ces cotisations.

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

V. – Le I de l’article L. 133-6-2 du même code est ainsi rédigé :

« I. – Les travailleurs indépendants relevant du régime social des indépendants souscrivent une déclaration pour le calcul de leurs cotisations et contributions sociales. Le régime social des indépendants peut déléguer par convention tout ou partie de la collecte et du traitement de ces déclarations aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 et, pour les travailleurs indépendants relevant du c du 1° de l’article L. 613-1, aux organismes conventionnés mentionnés à l’article L. 611-20.

« Lorsque la déclaration prévue au premier alinéa du présent I est réalisée par voie dématérialisée, le travailleur indépendant peut demander simultanément que la régularisation mentionnée à l’article L. 131-6-2 soit effectuée sans délai. Un décret fixe les conditions dans lesquelles cette régularisation est effectuée ainsi que le montant forfaitaire servi à titre d’intérêt au travailleur indépendant qui choisit de régler immédiatement les sommes dues. »

VI. – Au premier alinéa de l'article L. 133-6-8 du même code, les références : « aux cinquième et dernier alinéas de l'article L. 131-6 » sont remplacées par la référence : « à l'article L. 131-6-2 ».

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

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

2° À la seconde phrase du deuxième alinéa, les mots : « de l'employeur et » sont supprimés ;

3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

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

4° Les quatre derniers alinéas sont supprimés.

VIII. – L'article L. 136-4 du même code est ainsi modifié :

A. – Le I est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « visés à l'article L. 731-14 » sont remplacés par les mots : « déterminés en application des articles L. 731-14 à L. 731-15 » ;

2° La dernière phrase du deuxième alinéa est supprimée ;

3° Les première, deuxième et dernière phrases du troisième alinéa sont supprimées ;

4° L'avant-dernière phrase du même troisième alinéa est ainsi modifiée :

a) Les mots : « des déductions, abattements et exonérations mentionnés aux articles 44 *sexies*, 44 *sexies* A, 44 *undecies*, 44 *terdecies*, 44 *quaterdecies*, 73 B et 151 *septies* A du même code, » sont supprimés ;

b) Le mot : « conjoint » est remplacé par les mots : « collaborateur d'exploitation ou d'entreprise agricole » ;

5° Le quatrième alinéa est supprimé ;

6° Les deux derniers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 731-22 du code rural et de la pêche maritime est applicable au calcul et au recouvrement de la contribution. » ;

B. – Le VI est ainsi rédigé :

« VI. – L'article L. 731-18 du code rural et de la pêche maritime est applicable au calcul de la contribution. »

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

1° À la première phrase du premier alinéa, les mots : « employeurs et » sont supprimés et la référence : « de l'article L. 131-6 » est remplacée par les références : « des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 » ;

2° À la première phrase du second alinéa, le mot : « personnes » est remplacé par les mots : « travailleurs indépendants », le mot : « professionnel » est remplacé par les mots : « d'activité » et les mots : « les travailleurs indépendants » sont remplacés par le mot : « ceux ».

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

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « définies conformément aux dispositions de l'article L. 131-6 et calculées » sont remplacés par les mots : « calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret. » ;

2° Les quatre derniers alinéas sont supprimés.

XI. – Au second alinéa de l'article L. 612-9 du même code, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « dernier ».

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

1° Aux premier et deuxième alinéas, les mots : « non salariés » sont remplacés par le mot : « indépendants » ;

2° Il est ajouté un 8° ainsi rédigé :

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

XIII. – L'article L. 613-8-1 du même code est abrogé.

XIV. – L'article L. 633-10 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « définies conformément aux dispositions de l'article L. 131-6 et calculées » sont remplacés par les mots : « calculées en application des dispositions des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2, » ;

b) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Elles ne peuvent être inférieures à un montant fixé par décret. » ;

2° Les quatrième et cinquième alinéas sont supprimés ;

3° Au 1° et, deux fois, au 2°, le mot : « professionnel » est remplacé par les mots : « d'activité ».

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

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

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

1° À la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « professionnel non salarié ou, le cas échéant, sur des revenus forfaitaires » sont remplacés par les mots : « d'activité et calculées dans les conditions définies aux articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 » ;

2° Les sept derniers alinéas sont supprimés.

XVIII. – À la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 642-2-1 du même code, les références : « des cinquième, sixième et septième alinéas » sont supprimées.

XIX. – À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 645-2 du même code, le mot : « professionnels » est remplacé par les mots : « d'activité ».

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

XXI. – À la première phrase de l'article L. 722-4 du même code, les mots : « conformément aux deuxième à quatrième alinéas » sont remplacés par les mots : « en application ».

XXII. – Au deuxième alinéa de l'article L. 723-5 du même code, les mots : « professionnels de l'avant-dernière année tels qu'ils sont définis aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « définis en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 ».

XXIII. – Au premier alinéa de l'article L. 723-15 du même code, les mots : « professionnel tel que défini aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 131-6 » sont remplacés par les mots : « défini en application des articles L. 131-6, L. 131-6-1 et L. 131-6-2 » ;

XXIV. – À la première phrase de l'article L. 756-4 du même code, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « dernier ».

XXV. – L'article L. 756-5 du même code est ainsi modifié :

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

2° Au même premier alinéa, après la référence : « L. 751-1 », sont insérés les mots : « , à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, » ;

3° Au second alinéa, les mots : « non salariée » sont remplacés par le mot : « indépendante » et, après le mot : « contributions », sont insérés les mots : « , à l'exception de celles recouvrées par les organismes mentionnés aux articles L. 642-1 et L. 723-1, ».

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

XXVII. – L'article L. 722-1-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les pédicures-podologues qui exercent leur activité professionnelle dans les conditions mentionnées au 3° de l'article L. 722-1 peuvent également, par dérogation au même 3°, demander à être affiliés au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs indépendants des professions non agricoles au moment de leur début d'activité. »

XXVIII. – Au 5° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, après la référence : « L. 242-11, », est insérée la référence : « L. 612-1, ».

XXIX. – À titre transitoire, la demande mentionnée au dernier alinéa de l'article L. 722-1-1 du code de la sécurité sociale est ouverte aux pédicures-podologues affiliés au régime mentionné à l'article L. 722-1 du

même code à la date de publication de la présente loi. À cette fin, ils doivent adresser un courrier faisant état de leur choix à l'organisme en charge du recouvrement des cotisations du régime général dont ils dépendent et au régime social des indépendants au plus tard le 31 mars 2012.

Article 38

L'article L. 725-21 du code rural et de la pêche maritime est ainsi rétabli :

« *Art. L. 725-21.* – En cas de récidive dans les conditions prévues aux articles L. 244-4 et L. 244-6 du code de la sécurité sociale, l'employeur qui a retenu par devers lui indûment la cotisation ouvrière précomptée sur le salaire en application de l'article L. 741-20 du présent code est puni des peines prévues aux articles L. 244-5 et L. 244-6 du code de la sécurité sociale. »

Article 39

I. – La section 1 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 133-5-4 ainsi rédigé :

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

« Les données de cette déclaration servent à l'ouverture et au calcul des droits des salariés aux assurances sociales, à la vérification des déclarations de cotisations sociales de l'employeur, à la détermination du taux de certaines cotisations ainsi qu'à l'accomplissement par les administrations et organismes destinataires de leurs missions. Au moyen de cette déclaration unique, l'employeur accomplit les déclarations mentionnées aux articles 87, 240 et 241 du code général des impôts et aux

articles L. 1221-18, L. 1441-8 et L. 5212-5 du code du travail ainsi que les déclarations dont la liste est fixée par décret.

« II. – La déclaration annuelle des données sociales est effectuée par voie électronique selon une norme d'échanges qui peut servir à l'accomplissement d'autres déclarations, approuvée par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale. Toutefois, elle peut être effectuée au moyen d'un formulaire dont le modèle est approuvé par arrêté conjoint des mêmes ministres.

« III. – Lorsque les éléments déjà déclarés au titre d'une année civile à l'un des organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 diffèrent de ceux devant figurer sur la déclaration annuelle des données sociales, l'employeur lui adresse une déclaration de régularisation ainsi que, le cas échéant, le versement complémentaire de cotisations et contributions correspondant, au plus tard à la date mentionnée au I du présent article.

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

« Cette pénalité est fixée par décret en Conseil d'État dans la limite de 1,5 % du plafond mensuel de sécurité sociale en vigueur, arrondi à l'euro supérieur, au titre de chaque salarié ou assimilé pour lequel est constaté le défaut de déclaration, l'omission ou l'inexactitude.

« Elle est recouvrée et contrôlée par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations assises sur les rémunérations. »

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

III. – Le I du présent article est applicable pour la première fois au titre des rémunérations versées au cours de l'année 2012. Toutefois, un décret peut en reporter la première application au plus tard au titre des rémunérations versées au cours de l'année 2015 pour tout ou partie des

employeurs de personnels relevant des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale.

Article 40

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

1° L'article L. 133-8-3 devient l'article L. 133-8-4 ;

2° La sous-section 1 de la section 4 du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} est complétée par un article L. 133-8-3 ainsi rétabli :

« *Art. L. 133-8-3.* – Lorsque l'employeur bénéficie d'une prise en charge des cotisations et contributions sociales en tant que bénéficiaire de l'allocation prévue à l'article L. 232-1 du code de l'action sociale et des familles ou de celle prévue à l'article L. 245-1 du même code et que cette allocation est versée sous forme de chèque emploi-service universel préfinancé, le montant de cette prise en charge est déterminé par l'organisme de recouvrement mentionné à l'article L. 133-8 du présent code au vu des éléments déclarés par l'employeur, dans la limite des montants prévus par le plan d'aide ou le plan personnalisé de compensation. Les modalités de versement des cotisations et contributions correspondantes, directement auprès de cet organisme, par le département qui sert l'allocation pour le compte de l'employeur et, le cas échéant, par ce dernier pour la part qui demeure à sa charge sont prévues par décret. » ;

3° À la seconde phrase du IV de l'article L. 241-17, la référence : « L. 133-8-3 » est remplacée par la référence : « L. 133-8-4 ».

II. – À la seconde phrase de l'article L. 1272-5 du code du travail, la référence : « L. 133-8-3 » est remplacée par la référence : « L. 133-8-4 ».

Article 41

I. – L'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À la première phrase du premier alinéa, après le mot : « publiques », sont insérés les mots : « y compris les services de l'État autres que ceux mentionnés au quatrième alinéa » ;

2° Les trois derniers alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« La Cour des comptes est compétente pour contrôler l'application des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales aux membres du Gouvernement, à leurs collaborateurs, ainsi qu'aux organes juridictionnels mentionnés dans la Constitution. Pour l'exercice de cette mission, la Cour des comptes requiert, en tant que de besoin, l'assistance des organismes mentionnés au premier alinéa et notamment la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement. Le résultat de ces vérifications est transmis à ces mêmes organismes aux fins de recouvrement. Par dérogation aux dispositions du présent alinéa, le contrôle de l'application par la Cour des comptes des dispositions du présent code en matière de cotisations et contributions sociales est assuré par l'organisme de recouvrement dont elle relève. »

II. – L'article L. 111-6 du code des juridictions financières est abrogé.

Article 42

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

« *CHAPITRE IX^{TER}*

« *Gestion des risques financiers*

« *Art. L. 139-3.* – Les ressources non permanentes auxquelles peuvent recourir les régimes obligatoires de base de sécurité sociale et les organismes concourant à leur financement ne peuvent consister qu'en des avances de trésorerie ou des emprunts contractés pour une durée inférieure ou égale à douze mois auprès de la Caisse des dépôts et consignations ou d'un ou plusieurs établissements de crédit agréés dans un État membre de l'Union européenne ou dans un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou, dans les conditions fixées à l'article L. 225-1-4, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans le cadre

d'une convention soumise à l'approbation des ministres chargés de la tutelle du régime ou de l'organisme concerné.

« Toutefois, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est également autorisée à émettre des titres de créances négociables, dans les mêmes conditions de durée. Son programme d'émission fait l'objet chaque année d'une approbation par les ministres chargés de sa tutelle.

« Ces dispositions sont sans préjudice de prêts et avances pouvant être consentis aux régimes et organismes mentionnés au premier alinéa du présent article, dans les mêmes conditions d'approbation et de durée, par un organisme gestionnaire d'un régime obligatoire de protection sociale ou par un organisme ou fonds mentionné au 8° du III de l'article L.O. 111-4.

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

« *Art. L. 139-5.* – Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement les résultats d'un audit contractuel sur la politique de gestion du risque de liquidité mise en œuvre par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, notamment dans le cadre de ses opérations d'émission de titres de créances négociables et de placement de ses excédents. »

II. – La section 1 du chapitre V du titre II du livre II du même code est complétée par un article L. 225-1-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 225-1-4.* – Dans la limite des plafonds de ressources non permanentes fixés en application du e du 2° du C du I de l'article L.O. 111-3, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peut, à titre exceptionnel et contre rémunération, consentir des avances d'une durée inférieure à un mois aux régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi qu'aux organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article L.O. 111-4, dans la limite du montant prévisionnel des flux financiers de l'année en cours entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné.

« Pour déterminer les conditions de chaque avance, une convention est conclue entre l'agence et le régime, l'organisme ou le fonds concerné. La convention est soumise à l'approbation des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget. »

Article 43

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

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

Article 44

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

(En millions d'euros)

	Montants limites
Régime général – Agence centrale des organismes de sécurité sociale	22 000
Régime des exploitants agricoles – Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	2 900
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	1 450
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État	50
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines.....	900
Caisse nationale des industries électriques et gazières.....	600

(En millions d'euros)

	Montants limites
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français.....	650
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens.....	50

À titre dérogatoire, la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français est autorisée à recourir à des ressources non permanentes dans la limite de 1 600 millions d'euros du 1^{er} au 15 janvier et du 15 au 31 décembre 2012.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2012

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 45

I. – L'article L. 323-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« En cas de reprise du travail à temps partiel pour motif thérapeutique, faisant immédiatement suite à un arrêt de travail indemnisé à temps complet, une indemnité journalière est servie en tout ou partie, dans la limite prévue à l'avant-dernier alinéa du présent article, pendant une durée fixée par la caisse mais ne pouvant excéder une durée déterminée par décret : » ;

2° Au dernier alinéa, le mot : « maintenu » est remplacé par le mot : « servie » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« L'exigence d'un arrêt de travail indemnisé à temps complet précédant immédiatement la reprise à temps partiel n'est pas opposable aux assurés atteints d'une affection donnant lieu à l'application de la procédure prévue à l'article L. 324-1, dès lors que l'impossibilité de poursuivre l'activité à temps complet procède de cette affection. »

II. – Le troisième alinéa de l'article L. 433-1 du même code est ainsi modifié :

1° À la première phrase, les mots : « peut être maintenue » sont remplacés par les mots : « est servie » ;

2° Après la première phrase, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« La reprise d'un travail à temps complet ne fait pas obstacle au versement ultérieur de cette indemnité en cas de travail léger autorisé postérieurement par le médecin traitant, dans les mêmes conditions. » ;

3° À la deuxième phrase, le mot : « maintenue » est remplacé par le mot : « servie ».

Article 46

L'article L. 323-4-1 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 323-4-1.* – Au cours de toute interruption de travail d'au moins trois mois pour cause de maladie ou d'accident non professionnel et lorsqu'une modification de l'aptitude au travail est prévisible, le médecin conseil, en liaison avec le médecin traitant, sollicite le médecin du travail, dans des conditions définies par décret, pour préparer et étudier, le cas échéant, les conditions et les modalités de la reprise du travail ou envisager les démarches de formation. L'assuré est assisté durant cette phase par une personne de son choix. »

Article 47

I. – L'article L. 161-37 du même code est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du 1° est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :

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

2° Après le 7°, il est inséré un 8° ainsi rédigé :

« 8° Coordonner l'élaboration et assurer la diffusion d'une information adaptée sur la qualité des prises en charge dans les établissements de santé à destination des usagers et de leurs représentants. » ;

3° Le douzième alinéa est ainsi rédigé :

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

II. – Après le même article L. 161-37, il est inséré un article L. 161-37-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-37-1.* – Toute demande d'inscription et de renouvellement d'inscription d'un produit de santé sur les listes prévues aux articles L. 162-17 et L. 165-1 du présent code et L. 5123-2 du code de la santé publique pour laquelle est requise une évaluation médico-économique en application du 1° de l'article L. 161-37 du présent code est accompagnée du versement par le demandeur d'une taxe additionnelle dont le barème est fixé par décret dans la limite de 5 580 €.

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

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

1° Au second alinéa, la référence : « et L. 165-1 » est remplacée par les références : « , L. 165-1 et L. 161-37 » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

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

« 5° Le montant des taxes mentionnées aux articles L. 161-37-1 et L. 165-11 du présent code ainsi qu'aux articles L. 5123-5 et L. 5211-5-1 du code de la santé publique ; ».

V. – À la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 162-16-4 du même code, après les mots : « le médicament, », sont insérés les mots : « le cas échéant des résultats de l'évaluation médico-économique, ».

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

VII. – Après le mot : « pharmaceutique », la fin de la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 162-16-6 du même code est ainsi rédigée : « , de l'amélioration du service médical apportée par la spécialité appréciée par la commission prévue à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique et, le cas échéant, des résultats de l'évaluation médico-économique. »

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

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

X. – Au 2° du II de l'article L. 165-3 du même code, les mots : « de suivi » sont remplacés par les mots : « , y compris d'études médico-économiques, ».

XI. – Après le IV de l'article L. 165-11 du même code, dans sa rédaction issue de la loi n° du relative au renforcement de la sécurité sanitaire du médicament et des produits de santé, il est inséré un IV *bis* ainsi rédigé :

« IV *bis*. – Toute demande d'inscription, de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription d'un produit de santé sur la liste prévue au I est accompagnée du versement d'une taxe dont le barème est fixé par décret dans la limite de 5 580 €.

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

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

1° À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 5123-5, le montant : « 4 600 euros » est remplacé par le montant : « 5 600 € » ;

2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 5211-5-1, le montant : « 4 580 euros » est remplacé par le montant : « 5 580 € ».

Article 48

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

« Lorsque la fixation du prix du médicament est fondée sur une appréciation de l'amélioration du service médical rendu différente de celle de la commission mentionnée à l'article L. 5123-3 du code de la santé publique, le Comité économique des produits de santé fait connaître à la commission les motifs de son appréciation. »

Article 49

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

1° Au premier alinéa, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « six » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé ainsi que l'accord national visé à l'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale peuvent prévoir, à compter du 1^{er} janvier 2014, la rémunération de l'exercice pluriprofessionnel sur la base des résultats de l'évaluation des expérimentations. »

Article 50

I. – Après l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2132-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 2132-2-2.* – Dans le cadre des programmes de santé mentionnés à l'article L. 1411-6, l'enfant bénéficie avant la fin de son troisième mois d'un dépistage précoce des troubles de l'audition.

« Ce dépistage comprend :

« 1° Un examen de repérage des troubles de l'audition réalisé avant la sortie de l'enfant de l'établissement de santé dans lequel a eu lieu l'accouchement ou dans lequel l'enfant a été transféré ;

« 2° Lorsque celui-ci n'a pas permis d'apprécier les capacités auditives de l'enfant, des examens complémentaires réalisés avant la fin du troisième mois de l'enfant dans une structure spécialisée dans le diagnostic, la prise en charge et l'accompagnement des troubles de l'audition agréée par l'agence régionale de santé territorialement compétente ;

« 3° Une information sur les différents modes de communication existants, en particulier la langue mentionnée à l'article L. 312-9-1 du code de l'éducation, et leur disponibilité au niveau régional ainsi que sur les mesures de prise en charge et d'accompagnement des troubles de l'audition susceptibles d'être proposées à l'enfant et à sa famille.

« Les résultats de ces examens sont transmis aux titulaires de l'autorité parentale et inscrits sur le carnet de santé de l'enfant. Lorsque des examens complémentaires sont nécessaires, les résultats sont également transmis au médecin de la structure mentionnée au 2° du présent article.

« Ce dépistage ne donne pas lieu à une contribution financière des familles.

« Chaque agence régionale de santé élabore, en concertation avec les associations, les fédérations d'associations et tous les professionnels concernés par les troubles de l'audition, un programme de dépistage précoce des troubles de l'audition qui détermine les modalités et les conditions de mise en œuvre de ce dépistage, conformément à un cahier des charges national établi par arrêté après avis de la Haute Autorité de santé et du conseil national de pilotage des agences régionales de santé mentionné à l'article L. 1433-1. »

II. – Dans les trois ans suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur le dépistage précoce des troubles de l'audition prévu à l'article L. 2132-2-2 du code de la santé publique. Ce rapport dresse notamment le bilan de la réalisation des objectifs de dépistage, diagnostic et prise en charge précoces, des moyens mobilisés, des coûts associés et du financement de ceux-ci et permet une évaluation de l'adéquation du dispositif mis en place à ces objectifs.

Le cahier des charges national prévu au même article L. 2132-2-2 est publié dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi.

Les agences régionales de santé mettent en œuvre le dépistage précoce des troubles de l'audition prévu audit article L. 2132-2-2 dans les deux ans suivant la promulgation de la présente loi.

Article 51

Le IV de l'article 83 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est supprimé ;

2° Le dernier alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :

« Par exception aux dispositions du sixième alinéa du I de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 précitée et aux dispositions du huitième alinéa du I de l'article 69 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, les médecins et les chirurgiens-dentistes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre, recrutés avant le 3 août 2010 et ayant exercé des fonctions rémunérées dans des conditions fixées par décret dans un établissement public de santé ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif, peuvent continuer à exercer ces fonctions jusqu'au 31 décembre 2014.

« Ces praticiens se présentent aux épreuves de vérification des connaissances organisées chaque année jusqu'en 2014, dès lors qu'ils justifient :

« 1° Avoir exercé des fonctions rémunérées pendant au moins deux mois continus entre le 3 août 2010 et le 31 décembre 2011 ;

« 2° Avoir exercé trois ans en équivalent temps plein à concurrence d'au moins cinq demi-journées par semaine dans des statuts prévus par décret, à la date de clôture des inscriptions aux épreuves organisées l'année considérée.

« Les pharmaciens titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention de ce diplôme, recrutés avant le 3 août 2010 et ayant exercé des fonctions rémunérées dans des conditions fixées par décret, se présentent aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au troisième alinéa du présent IV sous les conditions prévues aux 1° et 2°.

« Les sages-femmes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans un État non membre de l'Union européenne ou non partie à l'accord sur l'Espace économique européen et permettant l'exercice de la profession dans le pays d'obtention de ce diplôme, recrutées avant la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2012 et ayant exercé des fonctions rémunérées dans des conditions fixées par décret, se présentent aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au troisième alinéa du présent IV sous les conditions prévues au 2°.

« Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et pharmaciens ayant satisfait à ces épreuves effectuent une année probatoire de fonctions rémunérées, dans des conditions fixées par décret, dans un établissement public de santé ou un établissement de santé privé d'intérêt collectif. À l'issue de cette année probatoire, l'autorisation d'exercice de leur profession peut leur être délivrée par le ministre chargé de la santé, qui se prononce après avis des commissions d'autorisation d'exercice mentionnées au I de l'article L. 4111-2 et à l'article L. 4221-12 du code de la santé publique. Les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte après avis de la commission compétente, dans des conditions fixées par décret.

« Les modalités d'organisation de l'épreuve de vérification des connaissances sont prévues par décret. »

Article 52

Le *b* du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'application du présent *b*, sont inscrites, après avis du directeur général de l'Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé, au répertoire des spécialités génériques les spécialités dont le principe actif est d'origine végétale ou minérale qui présentent la même composition quantitative que ce principe actif et qui ont une activité thérapeutique équivalente à celle de la spécialité de référence, à condition que ces spécialités et la spécialité de référence ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ; ».

Article 53

La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , après avis des fédérations régionales représentatives des établissements de santé publics et privés ».

Article 54

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

« 19° Pour les frais de transport liés aux soins ou traitements dans les centres mentionnés au 3° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et les centres médico-psycho-pédagogiques autorisés dans des conditions fixées par voie réglementaire, après accord préalable de l'organisme qui sert les prestations, dans les conditions prévues au 2° de l'article L. 321-1 et à l'article L. 322-5 du présent code. »

Article 55

I. – La première phrase du III de l'article 27 de la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 est supprimée.

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

1° À la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 863-1, le taux : « 30 % » est remplacé par le taux : « 35 % » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 871-1, les références : « et des 13°, 15° et 16° de l'article 995 » sont remplacées par les références : « , du 13° de l'article 995 et du 2° *bis* de l'article 1001 » ;

3° Le chapitre III du titre VI du livre VIII est complété par un article L. 863-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 863-7.* – Bénéficiaire du label intitulé “Label ACS” les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation sont déterminées par une convention conclue, après avis de l'Autorité de la concurrence, entre l'État, le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire mentionnée à l'article L. 182-3. Le fonds mentionné au premier alinéa de l'article L. 862-1 établit, dans des conditions définies par décret, la liste des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances offrant de tels contrats. Les caisses d'assurance maladie communiquent cette liste aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé. »

III. – Le 1° du II du présent article s'applique aux décisions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 863-3 du code de la sécurité sociale prises à compter du 1^{er} janvier 2012.

Article 56

I. – À défaut de conclusion, un mois après l'entrée en vigueur de la présente loi, d'un avenant conventionnel visant les médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation autorisés à pratiquer des honoraires différents des tarifs fixés par la convention médicale prévue à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale et les autorisant à pratiquer de manière encadrée des dépassements d'honoraires pour une partie de leur activité, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale disposent, à cet effet et pendant une durée de deux mois, de la faculté de modifier par arrêté la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 26 juillet

2011, en portant notamment à 50 % le taux d'encadrement des dépassements d'honoraires mentionné au troisième alinéa de l'article 36 de la convention signée le 26 juillet 2011 en application de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale.

II. – L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Elles prévoient également la prise en charge des dépassements d'honoraires sur le tarif des actes et consultations des médecins autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires encadrés en application du I de l'article 56 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2012 à hauteur du taux maximal de dépassements d'honoraires autorisé par lesdites dispositions conventionnelles. »

III. – Le II entre en vigueur concomitamment aux dispositions prévues en application du I pour les contrats et règlements relatifs à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais des soins de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, conclus ou renouvelés après cette entrée en vigueur.

Article 57

Après le deuxième alinéa de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ils fixent, dans le respect de la déontologie des professions de santé, des objectifs établis à partir d'indicateurs de performance relatifs aux conditions de gestion des établissements de santé, de prise en charge des patients et d'adaptation aux évolutions du système de santé, dont la liste et les caractéristiques sont fixées par décret, après consultation de la Haute Autorité de santé, de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et des fédérations hospitalières représentatives des établissements publics et privés. Les résultats obtenus au regard de ces indicateurs sont publiés chaque année par les établissements de santé. En cas d'absence de publicité des résultats des indicateurs ou lorsque les objectifs fixés n'ont pas été atteints, le directeur général de l'agence régionale de santé peut faire application du dernier alinéa de l'article L. 6114-1. Lorsque les objectifs fixés ont été atteints ou dépassés, le directeur général de l'agence régionale de santé peut décider

du versement d'une contrepartie financière, selon des modalités et dans des conditions fixées par décret. »

Article 58

I. – L'article L. 6211-21 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6211-21.* – Sous réserve des accords ou conventions susceptibles d'être passés avec des régimes ou des organismes d'assurance maladie ou des établissements de santé ou des groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 et sous réserve des contrats de coopération mentionnés à l'article L. 6212-6, les examens de biologie médicale sont facturés au tarif de la nomenclature des actes de biologie médicale prise en application des articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-1 du code de la sécurité sociale. »

II. – Le IV de l'article 8 de l'ordonnance n° 2010-49 du 13 janvier 2010 relative à la biologie médicale est abrogé.

Article 59

L'article L. 162-21-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) À la première phrase, les mots : « pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2007, » sont supprimés ;

b) La seconde phrase est supprimée ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « tout au long de l'année des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation se fondant » sont remplacés par les mots : « des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation et de la situation financière des établissements de santé publics et privés. Il se fonde notamment ».

Article 60

I. – L'article L. 162-22-7-2 du même code est ainsi modifié :

1° Après la référence : « L. 162-21-2, », la fin du premier alinéa est ainsi rédigée : « deux taux prévisionnels d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes respectivement à ces spécialités pharmaceutiques et à ces produits et prestations. » ;

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

3° Le même deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce plan d'actions est annexé au contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations. »

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

Article 61

I. – Le même code est ainsi modifié :

1° Le V de l'article L. 162-22-10 est abrogé ;

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

3° La sous-section 3 de la section 5 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} est complétée par un article L. 162-22-19 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-19.* – Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 15 septembre de chaque année, un rapport sur les actions menées sur le champ du financement des établissements de santé, incluant un bilan rétrospectif et présentant les évolutions envisagées. Ce rapport précise notamment les dispositions prises sur :

« 1° La tarification à l'activité des établissements de santé et ses conséquences sur l'activité et l'équilibre financier des établissements publics et privés. À ce titre, sont notamment décrites les dispositions prises afin de prendre en compte les spécificités des actes réalisés dans les établissements publics de santé et mesurer l'impact sur le coût de leurs missions de service public. En outre, le rapport souligne les actions engagées afin de mesurer et prévenir les conséquences de la tarification à l'activité sur le nombre des actes, la qualité des soins, les activités de santé publique et la prise en charge des pathologies chroniques. Enfin, le rapport souligne les dispositions prises pour tenir compte du cas particulier des établissements situés dans les zones de faible densité démographique, zones de revitalisation rurale ou zones de montagne ;

« 2° Les dotations finançant les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation telles que mentionnées à l'article L. 162-22-13. À ce titre, le rapport contient une analyse du bien-fondé du périmètre des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation des établissements de santé, de l'évolution du montant annuel de la dotation nationale de financement de ces missions, de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ainsi que des critères d'attribution de ces dernières aux établissements ;

« 3° Le processus de convergence des tarifs, tel que mentionné à l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003). À ce titre, le rapport met en perspective le programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018. »

II. – Les deux dernières phrases du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) sont supprimées.

III. – Le 2 du VI de l'article 1^{er} de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires est abrogé.

Article 62

Il est rétabli un article L. 162-25 du code de la sécurité sociale ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-25.* – Par dérogation à l'article L. 332-1, l'action des établissements de santé mentionnés aux *a* à *d* de l'article L. 162-22-6 pour le paiement des prestations de l'assurance maladie se prescrit par un an à compter de la date de fin de séjour hospitalier ou, pour les consultations et actes externes mentionnés à l'article L. 162-26, à compter de la date de réalisation de l'acte.

« Le présent article s'applique aux prestations réalisées à compter du 1^{er} janvier 2012. »

Article 63

Au VIII de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 précitée, la date : « janvier 2012 » est remplacée par la date : « mars 2013 ».

Article 64

Au troisième alinéa de l'article L. 3111-1 du code de la santé publique, après les mots : « ou des communes », sont insérés les mots : « , les médecins des centres pratiquant les examens de santé gratuits prévus à l'article L. 321-3 du code de la sécurité sociale ».

Article 65

I. – Le même code est ainsi modifié :

1° Le chapitre V du titre III du livre IV de la première partie est complété par une section 5 ainsi rédigée :

« Section 5

« **Fonds d'intervention régional**

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

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

« 2° L'amélioration de la qualité et de la coordination des soins. Des aides peuvent être accordées à ce titre à des professionnels de santé, à des regroupements de ces professionnels, à des centres de santé, à des pôles de santé, à des maisons de santé, à des réseaux de santé, à des établissements de santé ou médico-sociaux ou à des groupements d'établissements, le cas échéant dans le cadre contractuel prévu à l'article L. 1435-4 ;

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

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

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

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

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

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

« Les financements alloués aux établissements de santé et aux établissements médico-sociaux au titre du fonds d'intervention régional, ainsi que les engagements pris en contrepartie, sont inscrits et font l'objet d'une évaluation dans le cadre des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens mentionnés, respectivement, à l'article L. 6114-2 du présent code et à l'article L. 313-11 du code de l'action sociale et des familles.

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

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

« 2° Une dotation de l'État ;

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

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

« Au sein des ressources du fonds, sont identifiés :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

3° Avant le dernier alinéa de l'article L. 1433-1, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Il détermine les orientations nationales du fonds mentionné à l'article L. 1435-8. » ;

4° La seconde phrase du second alinéa de l'article L. 1434-6 est ainsi rédigée :

« Le montant de la contribution de chaque caisse nationale d'assurance maladie est fixé dans le cadre des dispositions de l'article L. 1435-9. » ;

5° Le troisième alinéa de l'article L. 1435-4 est ainsi rédigé :

« La contrepartie financière est financée par le fonds d'intervention régional mentionné à l'article L. 1435-8 du présent code et la dotation mentionnée à l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale. » ;

6° L'article L. 6112-3-2 est abrogé ;

7° L'article L. 6323-5 est ainsi modifié :

a) À la fin de la première phrase, les mots : « pour la qualité et la coordination des soins, dans les conditions prévues à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « régional prévu à l'article L. 1435-8 » ;

b) La dernière phrase est supprimée.

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

1° L'article L. 221-1-1 est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa du I est ainsi rédigé :

« Le fonds peut financer des actions et expérimentations nationales concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. » ;

b) Les troisième, quatrième et sixième alinéas du même I sont supprimés ;

c) À la fin du 3° du IV, les mots : « et celle réservée au financement des actions à caractère régional » sont supprimés ;

d) Le V est ainsi modifié :

– à la deuxième phrase du premier alinéa, les mots : « réparti la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les agences régionales de santé et » sont supprimés ;

– la dernière phrase du même premier alinéa est supprimée ;

– la seconde phrase du second alinéa est supprimée ;

e) La seconde phrase du premier alinéa du VI est supprimée ;

2° Au début de la première phrase de l'article L. 162-45, les mots : « Le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et » sont supprimés.

III. – 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° Les II, III *bis* et III *quater*, le premier alinéa du IV et le V *bis* sont abrogés ;

2° Au premier alinéa du III, les mots : « et de fonctionnement » sont supprimés.

IV. – Les 5° et 7° du I, les II et III du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2013.

V. – Pour l'année 2012, sans préjudice des dispositions de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique, les ressources du fonds d'intervention régional comprennent également :

1° Une part de la dotation du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale ;

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

L'arrêté mentionné au 1° de l'article L. 1435-9 du code de la santé publique fixe également, en 2012, le montant des parts mentionnées aux 1° et 2° du présent V.

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

Article 66

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur les règles d'organisation et de financement des transports sanitaires urgents pré-hospitaliers réalisés à la demande du service d'aide médicale urgente, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité de l'offre de transports sanitaires urgents en région.

II. – Dans ce cadre, les expérimentations peuvent déroger aux dispositions suivantes :

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

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

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

À cet effet, une convention est conclue entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie, l'établissement de santé siège du service d'aide médicale urgente et l'association départementale de transports sanitaires d'urgence la plus représentative comprenant un objectif de maîtrise des dépenses. La convention est soumise pour avis au sous-comité des transports sanitaires de l'agence régionale de santé.

IV. – Une évaluation semestrielle de ces expérimentations, portant notamment sur le gain financier, la couverture du territoire et la disponibilité de la prise en charge ambulancière, est réalisée par les agences régionales de santé en liaison avec les organismes locaux d'assurance maladie.

V. – Six mois avant la fin de l'expérimentation, un rapport d'évaluation est transmis par le Gouvernement au Parlement.

VI. – Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret en Conseil d'État, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des organisations syndicales représentatives des entreprises de transports sanitaires concernées.

Article 67

À compter de l'exercice 2012 et pour une période ne pouvant excéder trois ans, des expérimentations peuvent être menées sur les règles de tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, dans le but d'améliorer la qualité et l'efficacité des soins.

Pour les besoins de ces expérimentations, il peut être dérogé aux règles de calcul du forfait global relatif aux soins prévues au 1^o de l'article L. 314-2 du même code en introduisant une majoration de ce forfait en fonction d'indicateurs de qualité et d'efficacité, dont la liste est fixée par décret.

Les modalités de mise en œuvre des expérimentations sont déterminées par un cahier des charges national approuvé par décret en Conseil d'État.

Les expérimentations sont conduites par les agences régionales de santé dont la liste est fixée par un arrêté des ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale. Les agences sélectionnent les établissements participant à l'expérimentation parmi les établissements volontaires en fonction de critères définis dans le cahier des charges national.

Un bilan annuel des expérimentations est réalisé par les ministres chargés des personnes âgées et de la sécurité sociale d'après les éléments transmis par les agences régionales de santé et est transmis au Parlement.

Un rapport d'évaluation est réalisé avant le terme de l'expérimentation, en vue d'une éventuelle généralisation.

Article 68

Avant le dernier alinéa du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Si la convention pluriannuelle ne peut pas être renouvelée avant son arrivée à échéance en raison d'un refus de renouvellement par le directeur de l'agence régionale de santé ou le président du conseil général, elle est réputée prorogée pendant une durée maximale d'un an. »

Article 69

Le dernier alinéa de l'article L. 314-12 du même code est ainsi rédigé :

« Les professionnels intervenant dans les conditions prévues au présent article ainsi que les professionnels de santé exerçant à titre libéral dans les services de soins infirmiers à domicile relevant des 6° et 7° du I de l'article L. 312-1 sont présumés ne pas être liés par un contrat de travail avec l'établissement ou le service. »

Article 70

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2012 et pour une période n'excédant pas cinq ans, dans le cadre de projets pilotes mettant en œuvre de nouveaux modes d'organisation des soins destinés à optimiser les parcours de soins des personnes âgées en risque de perte d'autonomie en prévenant leur hospitalisation en établissement de santé avec hébergement, en gérant leur sortie d'hôpital et en favorisant la continuité des différents modes de prise en charge sanitaires et médico-sociaux.

Les expérimentations sont mises en œuvre par convention entre les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie ainsi que les professionnels de santé, les établissements hospitaliers, les établissements sociaux et médico-sociaux et les collectivités territoriales volontaires.

Le cahier des charges des expérimentations est arrêté par les ministres chargés de la santé, des affaires sociales et de la sécurité sociale.

II. – Pour la mise en œuvre des expérimentations mentionnées au I et portant sur de nouveaux modes de coordination des soins pour prévenir l'hospitalisation en établissement de santé avec hébergement et gérer la sortie d'hôpital des personnes âgées en risque de perte d'autonomie, il peut être dérogé aux règles de facturation et de tarification mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie, aux 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 du même code en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie, à l'article L. 162-2 du même code en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade et aux articles L. 322-2 et L. 322-3 du même code, relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

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

III. – Les agences régionales de santé, les collectivités territoriales, les organismes de sécurité sociale, les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et de la pêche maritime et les entreprises régies par le code des assurances associés aux projets pilotes transmettent et partagent les informations qu'ils détiennent dans la stricte mesure de leur utilité pour la connaissance et le suivi du parcours des personnes âgées en risque de perte d'autonomie incluses dans les projets pilotes. Ces informations peuvent faire l'objet d'un recueil à des fins d'évaluation ou d'analyse des pratiques ou des activités de soins et de prévention.

IV. – En vue d'une généralisation, une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur la patientèle prise en charge, les modalités de cette prise en charge, le nombre de professionnels de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués ainsi que sur la qualité de ces soins, est réalisée par la Haute Autorité de santé, en liaison avec les agences régionales de santé, les organismes locaux d'assurance maladie et les établissements hospitaliers participant aux expérimentations. Cette évaluation est transmise au Parlement avant le 1^{er} octobre.

Article 71

Avant le 30 juin 2012, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les charges fiscales et sociales résultant des différentes obligations législatives et réglementaires auxquelles sont soumis les établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes et les services de soins infirmiers à domicile en fonction de leur statut juridique.

Article 72

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

1° Le I est ainsi modifié :

a) Au *a bis* du 1, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année : « 2012 » et le taux : « 12 % » est remplacé par le taux : « 13 % » ;

b) Au *a bis* du 2, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année : « 2012 » et le taux : « 38 % » est remplacé par le taux : « 39 % » ;

c) Au dernier alinéa, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « et la dotation versée à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée à l'article 4 de la loi n° 2002-73 du 17 janvier 2002 de modernisation sociale, pour la réalisation d'études sur les coûts des établissements et services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du présent code, » ;

2° Le III est ainsi modifié :

a) Au dernier alinéa, le taux : « 38 % » est remplacé par le taux : « 40 % » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Pour l'année 2012, ce taux est fixé à 39 % . » ;

3° Aux *a bis* et *b bis* du V, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année : « 2012 » et le taux : « 2 % » est remplacé par le taux : « 1 % ».

Article 73

La section 4 du chapitre II du titre I^{er} du livre III du même code est complétée par un article L. 312-8-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 312-8-2.* – Les amortissements des évaluations dans les établissements relevant du 7° du I de l'article L. 312-1 et de l'article

L. 313-12 sont répartis entre les différents financeurs selon des modalités fixées par décret. »

Article 74

I. – L'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 6°, sont insérés cinq alinéas ainsi rédigés :

« 7° La tarification des honoraires de dispensation, autre que les marges prévues à l'article L. 162-38, dus aux pharmaciens par les assurés sociaux ;

« 8° La rémunération, autre que celle des marges prévues au même article L. 162-38, versée par les régimes obligatoires d'assurance maladie en contrepartie du respect d'engagements individualisés. Ces engagements peuvent porter sur la dispensation, la participation à des actions de dépistage ou de prévention, l'accompagnement de patients atteints de pathologies chroniques, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que sur toute action d'amélioration des pratiques et de l'efficacité de la dispensation. La rémunération est fonction de la réalisation des objectifs par le pharmacien ;

« 9° Des objectifs quantifiés d'évolution du réseau des officines dans le respect des articles L. 5125-3 et L. 5125-4 du code de la santé publique ;

« 10° Les mesures et procédures applicables aux pharmaciens dont les pratiques sont contraires aux engagements fixés par la convention.

« L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des frais de dispensation ou de la rémunération mentionnés aux 7° et 8° du présent article. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la

convention ou de l'avenant comportant la mesure conventionnelle. Le présent alinéa ne s'applique pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3. » ;

2° Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

« Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° du présent article entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation de la convention ou de l'avenant comportant cette mesure.

« Lorsque le Comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du cinquième alinéa de l'article L. 114-4-1 et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article L.O. 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés aux 6° à 8° du présent article est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale. À défaut d'un avenant fixant une nouvelle date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante.

« Le II de l'article L. 162-14-1 est applicable aux pharmaciens titulaires d'officine. »

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

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 5125-11, le nombre : « 3 500 » est remplacé par le nombre : « 4 500 » ;

2° À la fin du *b* du 1° de l'article L. 5125-14, le nombre : « 3 500 » est remplacé par le nombre : « 4 500 » ;

3° À la seconde phrase du dernier alinéa de l'article L. 5125-15, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « douze » ;

4° L'article L. 5125-16 est complété par un II ainsi rédigé :

« II. – Toute opération de restructuration du réseau officinal réalisée au sein d'une même commune ou de communes limitrophes à l'initiative d'un ou plusieurs pharmaciens ou sociétés de pharmaciens et donnant lieu à l'indemnisation de la cessation définitive d'activité d'une ou plusieurs officines doit faire l'objet d'un avis préalable du directeur général de l'agence régionale de santé. La cessation définitive d'activité de l'officine ou des officines concernées est constatée dans les conditions prévues à l'article L. 5125-7 et ne doit pas avoir pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier concerné. »

Article 75

I. – L'article L. 162-22-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-11.* – Dans les établissements mentionnés aux *a* à *c* de l'article L. 162-22-6, les tarifs nationaux des prestations prévus au 1° du I de l'article L. 162-22-10, affectés le cas échéant du coefficient géographique prévu au 3° du même I, servent de base à l'exercice des recours contre tiers et à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie, sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du présent code et à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles. »

II. – Le 1° de l'article L. 174-3 du même code est complété par les mots : « , sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 ».

III. – La section 12 du chapitre IV du titre VII du livre 1^{er} du même code est complétée par un article L. 174-20 ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-20.* – Pour les soins hospitaliers programmés ne relevant pas d'une mission de service public mentionnée à l'article L. 6112-1 du

code de la santé publique, les établissements de santé peuvent déterminer les tarifs de soins et d'hébergement facturés aux patients non couverts par un régime d'assurance maladie régi par le présent code, à l'exception des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'État définie à l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, des patients relevant des soins urgents définis à l'article L. 254-1 du même code, des patients accueillis dans le cadre d'une intervention humanitaire et des patients relevant d'une législation de sécurité sociale coordonnée avec la législation française pour les risques maladie, maternité, accidents du travail et maladies professionnelles en application des traités, accords et règlements internationaux auxquels la France est partie.

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

IV. – À la dernière phrase du II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), après les mots : « assurance maladie, », sont insérés les mots : « sous réserve des dispositions de l'article L. 174-20 du code de la sécurité sociale, et ».

Article 76

L'article 91 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 est ainsi modifié :

1° Le III est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est complété par les mots : « dans le délai d'un mois à compter de la date de la décision contestée » ;

b) Après le premier aliéna, sont insérés neuf alinéas ainsi rédigés :

« Le fonctionnaire doit présenter une demande écrite, précisant l'objet de la contestation et indiquant le nom et l'adresse de son médecin. Cette demande est adressée par lettre avec demande d'avis de réception ou déposée contre récépissé auprès du comité médical.

« Le comité médical informe le service du contrôle médical compétent de la demande du fonctionnaire.

« Dès qu'il est informé de la demande, le service du contrôle médical établit un dossier comportant obligatoirement :

« 1° L'avis du médecin nommément désigné ;

« 2° L'avis du médecin-conseil accompagné de tous les éléments et pièces justificatives d'ordre médical ayant motivé cet avis ;

« 3° Les motifs invoqués par le fonctionnaire à l'appui de la demande ;

« 4° L'énoncé de la question posée au comité médical.

« Le service du contrôle médical adresse au comité médical ce dossier dans les quinze jours qui suivent la réception de la demande, par lettre avec demande d'avis de réception.

« Le comité médical établit ses conclusions motivées et les adresse au fonctionnaire, à l'administration et au service du contrôle médical de la caisse. » ;

2° À la première phrase du IV, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre » ;

3° Il est ajouté un VI ainsi rédigé :

« VI. – Les collectivités territoriales qui ont signé des conventions en application du V entre la fin du délai de signature prévu au présent article et le 31 décembre 2011 sont autorisées à participer à l'expérimentation à compter du 1^{er} janvier 2012. »

Article 77

La section 3 du chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 322-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 322-8.* – Les assurés et leurs ayants droit relevant du régime spécial de sécurité sociale des entreprises minières et assimilées bénéficient de la gratuité des prestations en nature de l'assurance maladie mentionnées au présent chapitre. »

Article 78

I. – L'article L. 161-5 du même code est complété par les mots : « , sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 351-9 ».

II. – Au premier alinéa de l'article L. 311-9 du même code, après le mot : « maladie », sont insérés les mots : « , sous réserve que la prestation susceptible d'ouvrir droit aux prestations en nature ne soit pas celle mentionnée à l'article L. 351-9 ».

Article 79

Au premier alinéa de l'article L. 341-14-1 du même code, la référence : « ou L. 732-18-2 » est remplacée par les références : « , L. 732-18-2 ou L. 732-18-3 ».

Article 80

Le III *ter* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi rédigé :

« III *ter.* – Le fonds peut prendre en charge le financement des missions d'expertise exercées par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. »

Article 81

I. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins est fixé à 250 millions d'euros pour l'année

2012. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 281 millions d'euros pour l'année 2012.

II. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 285,87 millions d'euros pour l'année 2012.

III. – Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 55 millions d'euros pour 2012.

IV. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé au titre de leur budget de gestion est fixé, pour l'année 2012, à 160 millions d'euros.

V. – Le montant de la contribution de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie au financement des agences régionales de santé au titre de leurs actions concernant les prises en charge et accompagnements en direction des personnes âgées ou handicapées, mentionnée au 3° de l'article L. 1432-6 du code de la santé publique, est fixé à 64,55 millions d'euros pour l'année 2012, qui sont répartis entre actions par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées.

VI. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé, pour l'année 2012, à 20 millions d'euros.

Article 82

Le deuxième alinéa du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le décret en Conseil d'État précise notamment le délai dont dispose l'Union nationale des caisses d'assurance maladie pour se prononcer et les conditions dans lesquelles le ministre chargé de la sécurité sociale se

substituée à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie en cas d'absence de décision de celle-ci, une fois ce délai expiré. »

Article 83

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 186,2 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 161,6 milliards d'euros.

Article 84

Pour l'année 2012, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	78,9
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	55,3
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	8,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge....	1,2
Total	171,2

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 85

I. – L'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 7° ainsi rédigé :

« 7° Dans des conditions et limites d'âge, de ressources et de nombre total de trimestres validés à ce titre, fixées par le décret prévu au présent article, et sans condition d'affiliation préalable, les périodes n'ayant pas donné lieu à validation à un autre titre dans un régime de base pendant lesquelles une personne a été inscrite en tant que sportif de haut niveau sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport. »

II. – L'État prend en charge chaque année, pour les trimestres validés au cours de l'année civile précédente et sur une base forfaitaire fixée par décret, les coûts que représente, pour l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, le 7° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale.

III. – Le présent article est applicable aux périodes d'inscription postérieures au 31 décembre 2011 sur la liste des sportifs de haut niveau mentionnée au premier alinéa de l'article L. 221-2 du code du sport.

IV. – Au premier alinéa de l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 351-3 », sont insérés les mots : « à l'exception du 7° ».

V. – À l'article L. 742-3 du code rural et de la pêche maritime, la référence : « chapitre VII » est remplacée par les références : « 7° de l'article L. 351-3 et du chapitre VII ».

VI. – Avant le 1^{er} octobre 2013, le Gouvernement remet au Parlement un rapport présentant le coût du dispositif prévu au présent article et étudiant la possibilité d'augmenter le nombre de trimestres mentionné au 7° de l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale.

Article 86

I. – À la fin de la première phrase du troisième alinéa du III de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite, les mots : « ce calcul » sont remplacés par les mots : « le calcul de la durée d'assurance mentionnée au premier alinéa du présent III ».

II. – À la fin du second alinéa de l'article L. 351-1-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « pour ce calcul » sont remplacés par les mots et une phrase ainsi rédigée : « dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la limite mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »

III. – Le dernier alinéa du I des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du même code est ainsi rédigé :

« La durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré accomplie après l'âge prévu au premier alinéa et au-delà de la durée mentionnée au deuxième alinéa donne lieu à une majoration de la pension dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. Toutefois, pour l'appréciation de cette condition de durée, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »

IV. – L'article L. 732-25-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, les bonifications de durée de services et majorations de durée d'assurance, à l'exclusion de celles accordées au titre des enfants et du handicap, prévues par les dispositions législatives et réglementaires, quel que soit le régime de retraite de base au titre duquel elles ont été acquises, ne sont pas prises en compte dans la durée d'assurance tous régimes confondus pour apprécier le dépassement de la durée minimale mentionnée au premier alinéa. Un décret fixe la liste des bonifications et majorations auxquelles s'applique le présent alinéa. »

V. – Le présent article n'est pas applicable aux assurés qui remplissent, avant le 1^{er} janvier 2013, les conditions d'âge et de durée d'assurance ouvrant droit au bénéfice de la majoration de pension prévue au III de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite, à l'article L. 351-1-2, au dernier alinéa du I des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 732-25-1 du code rural et de la pêche maritime, dans leur rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de la présente loi.

Article 87

I. – Après l'article L. 382-29 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 382-29-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 382-29-1.* – Sont prises en compte pour l'application de l'article L. 351-14-1, dans les mêmes conditions que les périodes définies au 1^o du même article, les périodes de formation accomplies au sein de congrégations ou de collectivités religieuses ou dans des établissements de formation des ministres du culte qui précèdent l'obtention du statut défini à l'article L. 382-15 entraînant affiliation au régime des cultes. »

II. – L'article L. 382-29-1 du code de la sécurité sociale est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2012.

Article 88

I. – L'article L. 161-17-2 du même code est ainsi modifié :

1^o À la fin du premier alinéa, l'année : « 1956 » est remplacée par l'année : « 1955 » ;

2^o Le second alinéa est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Cet âge est fixé par décret dans la limite de l'âge mentionné au premier alinéa pour les assurés nés avant le 1^{er} janvier 1955 et, pour ceux nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1954, de manière croissante :

« 1° À raison de quatre mois par génération pour les assurés nés entre le 1^{er} juillet 1951 et le 31 décembre 1951 ;

« 2° À raison de cinq mois par génération pour les assurés nés entre le 1^{er} janvier 1952 et le 31 décembre 1954. »

II. – L'article 22 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) À la fin du 1°, l'année : « 1966 » est remplacée par l'année : « 1965 » ;

b) À la fin du 2°, l'année : « 1963 » est remplacée par l'année : « 1962 » ;

c) À la fin du 3°, l'année : « 1962 » est remplacée par l'année : « 1961 » ;

d) À la fin du 4°, l'année : « 1961 » est remplacée par l'année : « 1960 » ;

2° Le II est ainsi rédigé :

« II. – Cet âge est fixé par décret dans la limite respective des âges mentionnés au I pour les fonctionnaires atteignant avant le 1^{er} janvier 2015 l'âge d'ouverture du droit applicable antérieurement à la présente loi et, pour ceux atteignant cet âge entre le 1^{er} juillet 2011 et le 31 décembre 2014, de manière croissante à raison :

« 1° De quatre mois par génération pour les fonctionnaires atteignant cet âge entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2011 ;

« 2° De cinq mois par génération pour les fonctionnaires atteignant cet âge entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2014. »

III. – L'article 28 de la même loi est ainsi modifié :

1° Au I, l'année : « 1956 » est remplacée par l'année : « 1955 » ;

2° Le II est ainsi rédigé :

« II. – Cette limite d'âge est fixée par décret dans la limite de l'âge mentionné au I pour les fonctionnaires atteignant avant le 1^{er} janvier 2015 l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite applicable antérieurement à la présente loi et, pour ceux atteignant cet âge entre le 1^{er} juillet 2011 et le 31 décembre 2014, de manière croissante à raison :

« 1° De quatre mois par génération pour les fonctionnaires atteignant cet âge entre le 1^{er} juillet et le 31 décembre 2011 ;

« 2° De cinq mois par génération pour les fonctionnaires atteignant cet âge entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2014. »

IV. – L'article 31 de la même loi est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) À la fin du 1°, l'année : « 1966 » est remplacée par l'année : « 1965 » ;

b) À la fin du 2°, l'année : « 1964 » est remplacée par l'année : « 1963 » ;

c) À la fin du 3°, l'année : « 1963 » est remplacée par l'année : « 1962 » ;

d) À la fin du 4°, l'année : « 1962 » est remplacée par l'année : « 1961 » ;

e) À la fin du 5°, l'année : « 1961 » est remplacée par l'année : « 1960 » ;

f) À la fin du 6°, l'année : « 1959 » est remplacée par l'année : « 1958 » ;

2° Le II est ainsi rédigé :

« II. – Cette limite d'âge est fixée par décret dans la limite respective des âges mentionnés au I pour les fonctionnaires atteignant avant le 1^{er} janvier 2015 l'âge d'ouverture du droit à une pension de retraite applicable antérieurement à la présente loi et, pour ceux atteignant cet âge entre le 1^{er} juillet 2011 et le 31 décembre 2014, de manière croissante à raison :

« 1° De quatre mois par génération pour les fonctionnaires atteignant cet âge entre le 1^{er} juillet 2011 et le 31 décembre 2011 ;

« 2° De cinq mois par génération pour les fonctionnaires atteignant cet âge entre le 1^{er} janvier 2012 et le 31 décembre 2014. »

V. – L'article 33 de la même loi est ainsi modifié :

1° À la fin des premier et avant-dernier alinéas du I et à la fin du premier alinéa du II, l'année : « 2016 » est remplacée par l'année : « 2015 » ;

2° Aux dixième et dernier alinéas du I et au dernier alinéa du II, l'année : « 2015 » est remplacée par l'année : « 2014 ».

VI. – L'article 35 de la même loi est ainsi modifié :

1° À la fin du premier alinéa du I, l'année : « 2016 » est remplacée par l'année : « 2015 » ;

2° Au II, l'année : « 2015 » est remplacée par l'année : « 2014 ».

VII. – Les articles 22, 28, 31 et 35 de la loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites, dans leur rédaction issue de la présente loi, sont applicables aux ouvriers régis par le régime des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État.

Article 89

Au premier alinéa de l'article L. 722-17 du code rural et de la pêche maritime, les mots : « pouvant prétendre en raison de leur âge aux prestations de vieillesse » sont remplacés par les mots : « réunissant pas la durée minimale d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes mentionnée à l'article L. 732-25 ».

Article 90

Après le *b* de l'article L. 732-39 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux deux premiers alinéas et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse personnelles auprès de la totalité des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales dont il a relevé, les personnes mentionnées à l'article L. 321-5 et au 2° de l'article L. 722-10 du présent code qui justifient des conditions fixées aux *a* et *b* du présent article peuvent cumuler leur pension de vieillesse non salariée agricole avec une activité professionnelle non salariée agricole exercée sur une exploitation ou entreprise agricole donnant lieu à assujettissement du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole. »

Article 91

Au 2° de l'article L. 732-54-1 du même code, après le mot : « articles », est insérée la référence : « L. 732-18-3, ».

Article 92

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 353-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, ce minimum n'est pas applicable aux pensions de réversion issues d'une pension dont le montant est inférieur au minimum prévu à l'article L. 351-9. »

II. – Le présent article s'applique aux pensions de réversion prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2012.

Article 93

Au premier alinéa de l'article L. 634-3-3 du même code, après la deuxième occurrence du mot : « décret », sont insérés les mots : « ou qu'ils bénéficiaient de la reconnaissance de la qualité de travailleur handicapé mentionnée à l'article L. 5213-1 du code du travail ».

Article 94

I. – L'article L. 816-1 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 816-1.* – Le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère qui répondent à l'une des conditions suivantes :

« 1° Être titulaire depuis au moins dix ans d'un titre de séjour autorisant à travailler ;

« 2° Être réfugié, apatride, avoir combattu pour la France dans les conditions prévues aux 4°, 5°, 6° ou 7° de l'article L. 314-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ou bénéficier de la protection subsidiaire ;

« 3° Être ressortissant d'un État membre de l'Union européenne, d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, dans les conditions mentionnées à l'article L. 262-6 du code de l'action sociale et des familles. »

II. – Le présent article s'applique aux demandes déposées postérieurement à la publication de la présente loi.

Article 95

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 210,4 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 110,6 milliards d'euros.

Section 3

**Dispositions relatives aux dépenses de la branche
Accidents du travail et maladies professionnelles**

Article 96

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2012, à 790 millions d'euros.

Article 97

I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 315 millions d'euros au titre de l'année 2012.

II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 890 millions d'euros pour l'année 2012.

Article 98

Le montant de la contribution mentionnée à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale couvrant les dépenses supplémentaires engendrées par les départs en retraite à l'âge fixé en application de l'article L. 351-1-4 du même code est fixé à 110 millions d'euros pour l'année 2012.

Article 99

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au second alinéa de l'article L. 413-5, les mots : « premier, deuxième et troisième » sont remplacés par les mots : « quatre premiers » ;

2° Au dernier alinéa de l'article L. 434-3, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : « au partenaire d'un pacte civil de solidarité ou au concubin, » ;

3° L'article L. 434-8 est ainsi modifié :

a) Après le deuxième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de rupture ou de dissolution du pacte civil de solidarité, l'ex-partenaire de la victime décédée n'a droit à la rente que s'il bénéficiait d'une aide financière de cette dernière à la date du décès. Cette rente est calculée selon les modalités prévues à la seconde phrase du deuxième alinéa et sa durée de versement est limitée à celle du versement de l'aide financière. » ;

b) Au troisième alinéa, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : « , partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin » ;

c) À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : « , le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin, » ;

d) À la dernière phrase du même avant-dernier alinéa, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : « du partenaire d'un pacte civil de solidarité ou du concubin » ;

e) Ledit avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il en est de même pour le partenaire d'un pacte civil de solidarité condamné pour non-paiement de l'aide financière en cas de dissolution du pacte, lorsque cette aide a été prévue par les partenaires. » ;

f) À la première phrase du dernier alinéa, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : « , le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin » ;

4° L'article L. 434-9 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« En cas de nouveau mariage, pacte civil de solidarité ou concubinage, le conjoint, partenaire d'un pacte civil de solidarité ou concubin de la victime décédée cesse d'avoir droit à la rente. Il lui est alloué, dans ce cas, une somme égale aux arrérages de la rente calculée selon le taux en vigueur et afférents à une période déterminée, à la date du mariage, de la déclaration au greffe du tribunal d'instance du pacte civil de solidarité ou d'établissement du concubinage. » ;

b) Au deuxième alinéa, les mots : « survivant a des enfants » sont remplacés par les mots : « , le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin de la victime décédée a des enfants pour lesquels un lien de filiation est établi à l'égard de la victime décédée » ;

c) Au troisième alinéa, les mots : « le conjoint » sont remplacés par les mots : « de rupture ou de dissolution du pacte civil de solidarité ou de cessation du concubinage, le conjoint survivant, le partenaire ou le concubin » ;

d) Au 2°, les mots : « Si le conjoint survivant reçoit, en raison de son nouveau veuvage, » sont remplacés par les mots : « S'il reçoit, en raison d'un nouveau décès, » et, après le mot : « alimentaire », sont insérés les mots : « ou une aide financière en cas de dissolution du pacte civil de solidarité » ;

5° L'article L. 434-13 est ainsi modifié :

a) Au 1°, après le mot : « conjoint, », sont insérés les mots : « ni partenaire d'un pacte civil de solidarité ni concubin, » ;

b) Au 2°, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : « , partenaire d'un pacte civil de solidarité, concubin » ;

6° Au quatrième alinéa de l'article L. 452-2, après le mot : « conjoint », sont insérés les mots : « , le partenaire d'un pacte civil de solidarité ou le concubin ».

Article 100

I. – L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi modifié :

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

« I *bis*. – Pour la détermination de l'âge d'accès à l'allocation, s'ajoute à la durée du travail mentionnée aux troisième et septième alinéas du I du présent article celle effectuée dans les établissements ou les navires ouvrant droit à l'accès aux dispositifs de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante relevant d'un régime spécial mentionné à l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues par ces dispositifs. » ;

2° Au deuxième alinéa du 2 du VII, après le mot : « octroi », sont insérés les mots : « , les modalités de calcul et les modalités de coordination ».

II. – Le présent article est applicable à compter du 1^{er} juillet 2012.

Article 101

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,3 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 11,9 milliards d'euros.

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Article 102

I. – Le III de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« III. – L'aide versée au titre de la prise en charge partielle de la rémunération de la personne qui assure la garde de l'enfant ou des enfants est égale à une part, fixée par décret, du salaire net servi et des indemnités mentionnées à l'article L. 423-4 du code de l'action sociale et des familles. Elle est calculée par enfant en cas d'emploi d'une assistante maternelle agréée et par ménage en cas d'emploi d'une personne mentionnée à l'article L. 7221-1 du code du travail.

« Toutefois, le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

« 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

« 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2 du présent code. »

II. – La seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 531-6 du même code est remplacée par trois alinéas ainsi rédigés :

« Le montant versé ne peut excéder un plafond variant en fonction des ressources du ménage, du nombre d'enfants à charge et suivant que cette charge est assumée par une personne seule ou un couple, selon un barème défini par décret. Ce plafond est majoré, dans des conditions prévues par décret :

« 1° Lorsque la personne seule ou les deux membres du couple ont des horaires de travail spécifiques ;

« 2° Lorsque la personne seule ou l'un des membres du couple bénéficie de la prestation instituée aux articles L. 821-1 et L. 821-2. »

III. – L'article L. 531-7 du même code est ainsi modifié :

1° La seconde phrase devient un second alinéa ;

2° Le premier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, le droit est ouvert à compter du premier jour du mois civil où les conditions en sont remplies lorsqu'un droit est déjà ouvert au titre d'un autre enfant. »

Article 103

Les quatre derniers alinéas de l'article L. 581-2 du même code sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque l'un au moins des parents se soustrait partiellement au versement d'une créance alimentaire pour enfants fixée par décision de justice devenue exécutoire, il est versé à titre d'avance une allocation différentielle. Cette allocation différentielle complète le versement partiel effectué par le débiteur, jusqu'au montant de l'allocation de soutien familial.

« L'organisme débiteur des prestations familiales est subrogé dans les droits du créancier, dans la limite du montant de l'allocation de soutien familial ou de la créance d'aliments si celle-ci lui est inférieure. Dans ce dernier cas, le surplus de l'allocation demeure acquis au créancier. »

Article 104

I. – Après le mot : « revalorisées », la fin de l'article L. 551-1 du même code est ainsi rédigée : « au 1^{er} avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la

consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par la commission visée à l'article L. 161-23-1.

« Si l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année considérée établie à titre définitif par l'Institut national de la statistique et des études économiques est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement du coefficient fixé au 1^{er} avril de l'année suivante, égal à la différence entre cette évolution et celle initialement prévue. »

II. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale, le montant des bases mensuelles de calcul des prestations familiales est fixé à 399 € pour 2012.

Ce montant ne peut servir de référence à l'ajustement mentionné au second alinéa du même article L. 551-1.

III. – Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 522-2, du dernier alinéa de l'article L. 531-2 et du troisième alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale, les plafonds de ressources servant à déterminer le droit aux prestations familiales sous conditions de ressources sont revalorisés de 1 % pour 2012.

IV. – Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article 8 de l'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte, le plafond de ressources servant à déterminer le droit à l'allocation de rentrée scolaire est revalorisé de 1 % pour 2012.

Article 105

La section 8 du chapitre V du titre V du livre VII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'intitulé est complété par les mots : « – Primes de déménagement – Prêts à l'amélioration de l'habitat – Prêts à l'amélioration du lieu d'accueil » ;

2° Il est ajouté un article L. 755-21-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 755-21-1.* – Les prêts à l'amélioration de l'habitat ainsi que les prêts à l'amélioration du lieu d'accueil sont applicables aux départements mentionnés à l'article L. 751-1 dans les conditions définies aux 1° et 2° de l'article L. 542-9. »

Article 106

Pour l'année 2012, les objectifs de dépenses de la branche Famille sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 56,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 56,0 milliards d'euros.

Section 5

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 107

Pour l'année 2012, les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées à 3,4 milliards d'euros pour le régime général, 400 millions d'euros pour le régime des salariés agricoles et 100 millions d'euros pour les régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

Article 108

Pour l'année 2012, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	Prévisions de charges
Fonds de solidarité vieillesse	18,3

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 109

Après l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-12-2.* – Chacun des organismes chargés de la gestion des régimes obligatoires de sécurité sociale peut être désigné pour réaliser et gérer un système d'information commun à tout ou partie d'entre eux, ainsi qu'à d'autres organismes mentionnés à l'article L. 114-12-1, en vue de l'accomplissement de leurs missions.

« Cette désignation peut être prévue par une convention conclue entre les organismes concernés et publiée au bulletin officiel du ministère chargé de la sécurité sociale ou, à défaut, par décret. »

Article 110

I. – Le même code 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

« Prospective et performance du service public de la sécurité sociale

« Art. L. 114-23. – I. – Dans le respect des lois de financement de la sécurité sociale, l'autorité compétente de l'État conclut avec les organismes nationaux de sécurité sociale une convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale.

« Cette convention est signée, pour le compte de chaque organisme national du régime général, de la Caisse nationale du régime social des indépendants et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, par le président du conseil ou du conseil d'administration et par le directeur général ou le directeur et, pour les régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1, dans des conditions fixées par décret.

« Cette convention détermine les objectifs transversaux aux différents organismes de sécurité sociale en vue de fixer des actions communes en matière :

« 1° De mise en œuvre des mesures de simplification et d'amélioration de la qualité du service aux assurés, allocataires et cotisants ;

« 2° De mutualisation entre organismes, notamment dans le domaine de la gestion immobilière, des achats, des ressources humaines, de la communication et des systèmes d'information, en cohérence avec le plan stratégique des systèmes d'information du service public de la sécurité sociale arrêté par le ministre chargé de la sécurité sociale ;

« 3° De présence territoriale des différents régimes et différentes branches mentionnés aux articles L. 200-2 et L. 611-1 du présent code et L. 721-1 du code rural et de la pêche maritime sur le territoire national ;

« 4° D'évaluation de la performance des différents régimes.

« Cette convention prévoit, le cas échéant, les outils de mesure quantitatifs et qualitatifs associés à la définition des objectifs.

« Elle détermine également :

« a) Les conditions de conclusion des avenants à la présente convention ;

« b) Le processus d'évaluation contradictoire des résultats obtenus au regard des objectifs fixés.

« II. – La convention-cadre de performance du service public de la sécurité sociale est conclue pour une période minimale de quatre ans. La convention et, le cas échéant, les avenants qui la modifient sont transmis aux commissions permanentes parlementaires mentionnées à l'article L.O. 111-9.

« III. – Les conventions mentionnées aux articles L. 227-1 et L. 611-7 du présent code, à l'article L. 723-12 du code rural et de la pêche maritime et dans les dispositions réglementaires ayant le même objet sont négociées dans le respect de la convention mentionnée au I du présent article.

« *Art. L. 114-24.* – Le fonds de prospective et de performance de la sécurité sociale finance des études et des actions concourant à la modernisation et à l'amélioration de la performance du service public de la sécurité sociale, notamment la réalisation d'audits ou de projets, et contribue aux dépenses de fonctionnement résultant des missions de contrôle et d'évaluation des organismes de sécurité sociale.

« Les dépenses du fonds sont imputées sur les budgets de gestion des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, de la Caisse nationale du régime social des indépendants, de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole ainsi que des régimes spéciaux 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. 114-24. » ;

3° À la fin de la deuxième phrase du quatrième alinéa de l'article L. 200-3, les mots : « et au conseil de surveillance » sont supprimés ;

4° La dernière phrase du premier alinéa du III de l'article L. 227-1 est supprimée ;

5° Le chapitre VIII du titre II du livre II est abrogé.

II. – La première convention mentionnée à l'article L. 114-23 du code de la sécurité sociale est signée avant le 1^{er} janvier 2013.

Article 111

La section 1 du chapitre III du titre II du livre I^{er} du même code est complétée par un article L. 123-2-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 123-2-4.* – La rémunération et les accessoires de rémunération des directeurs des organismes nationaux qui assurent la gestion d'un régime obligatoire de base de sécurité sociale et, le cas échéant, de ses sections professionnelles, à l'exception des régimes institués sous la forme d'un établissement public, sont fixés soit par les ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, soit par le conseil d'administration desdits organismes. Les modifications apportées à ces rémunérations et accessoires de rémunération sont soumises à la même approbation.

« La liste des organismes auxquels le présent article est applicable est fixée par arrêté.

« Les modalités d'application du présent article sont prévues par décret. »

Article 112

Après le mot : « sociale », la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 224-5 du même code est ainsi rédigée : « , des organismes locaux du régime général et de tout organisme de tout autre régime de sécurité sociale. »

Article 113

I. – Le même code est ainsi modifié :

1° L'intitulé de la section 2 du chapitre V du titre I^{er} du livre II est ainsi rédigé : « Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

2° L'article L. 215-3 est ainsi modifié :

a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « Pour la région d'Île-de-France, la caisse compétente mentionnée à l'article L. 215-1 n'exerce pas les missions... *(le reste sans changement)*. » ;

b) À la première phrase du second alinéa, les mots : « des caisses mentionnées » sont remplacés par les mots : « de la caisse mentionnée » ;

3° L'article L. 215-5 est ainsi modifié :

a) Le début du premier alinéa est ainsi rédigé : « La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle gère le régime... *(le reste sans changement)*. » ;

b) Au second alinéa, les mots : « régionale de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « mentionnée au premier alinéa » ;

4° À l'article L. 215-6, les mots : « régionale de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

5° L'article L. 215-7 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 215-7.* – La caisse d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle est administrée par un conseil d'administration de vingt et un membres comprenant :

« 1° Huit représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ;

« 2° Huit représentants des employeurs désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

« 3° Un représentant désigné par la Fédération nationale de la mutualité française ;

« 4° Quatre personnes qualifiées dans les domaines d'activité des caisses d'assurance retraite et de la santé au travail et désignées par l'autorité compétente de l'État, dont au moins un représentant des retraités et un représentant de l'instance de gestion du régime local d'assurance maladie Alsace-Moselle.

« Siègent également avec voix consultative :

« a) Un représentant des associations familiales désigné par les unions départementales des associations familiales territorialement compétentes dans la circonscription de la caisse ; la désignation est effectuée par l'Union nationale des associations familiales si dans la circonscription de la caisse régionale il n'existe pas d'union départementale ou si, en cas de pluralité d'unions départementales dans cette circonscription, elles ne sont pas parvenues à un accord ;

« b) Trois représentants du personnel élus dans des conditions fixées par décret.

« Lorsque le conseil d'administration se prononce au titre du 2° de l'article L. 215-1, seuls prennent part au vote les membres mentionnés aux 1° et 2° du présent article. » ;

6° Au premier alinéa des articles L. 216-1 et L. 281-4, les mots : « régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle » ;

7° L'article L. 222-1 est ainsi modifié :

a) Au 3°, les mots : « , ainsi que sur la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont supprimés ;

b) Au 6°, les mots : « et de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg » sont supprimés ;

8° L'article L. 251-7 est abrogé ;

9° Le 1° du II de l'article L. 325-1 est ainsi rédigé :

« 1° Salariés exerçant une activité dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, quel que soit le lieu d'implantation du siège de l'entreprise, et salariés d'un établissement implanté dans ces départements qui exercent une activité itinérante dans d'autres départements ; »

10° À la fin de la première phrase de l'article L. 357-14, les mots : « régionale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de Strasbourg » sont remplacés par les mots : « d'assurance retraite et de la santé au travail d'Alsace-Moselle ».

II. – Le I entre en vigueur au 1^{er} janvier 2012.

III. – Par dérogation à l'article L. 231-2 du code de la sécurité sociale, le mandat des membres des conseils d'administration de la caisse chargée de la santé au travail compétente pour la région Alsace-Moselle et de la caisse régionale d'assurance vieillesse de Strasbourg expire le 31 décembre 2011.

IV. – Par dérogation à l'article L. 325-1 du même code, les assurés salariés et leurs ayants droit bénéficiaires du régime local au 31 décembre 2011 conservent le bénéfice dudit régime pour la durée pendant laquelle ils remplissent les conditions d'ouverture des droits prévues par la législation en vigueur à cette même date.

V. – Le premier alinéa de l'article L. 761-3 du code rural et de la pêche maritime est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Le régime local d'assurance maladie complémentaire obligatoire des départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle s'applique aux membres des professions agricoles et forestières relevant des assurances sociales agricoles mentionnés ci-après :

« – salariés d’une entreprise ayant son siège social dans le département du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle, quel que soit leur lieu de travail en France métropolitaine, et salariés travaillant dans l’un de ces trois départements pour une entreprise ayant son siège hors de ces départements ;

« – personnes visées aux 4° à 11° du II de l’article L. 325-1 du code de la sécurité sociale. »

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 114

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

1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. – » ;

2° Le sixième alinéa est ainsi modifié :

a) La deuxième phrase est complétée par les mots : « dans un délai fixé par voie réglementaire » ;

b) La dernière phrase est complétée par les mots : « ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir » ;

3° À la fin de la première phrase du huitième alinéa, les mots : « la juridiction administrative » sont remplacés par les mots : « le tribunal des affaires de sécurité sociale » ;

4° La deuxième phrase du neuvième alinéa est supprimée ;

5° Après le neuvième alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes débiteurs de prestations familiales, des articles L. 553-2 et L. 835-3 du présent code, de l’article L. 262-46 du code de l’action sociale

et des familles et de l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation et, pour les retenues sur les prestations versées par les organismes d'assurance vieillesse, des articles L. 355-2 et L. 815-10 du présent code.

« Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné. »

II. – L'article L. 133-4 du même code est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du huitième alinéa est supprimée ;

2° L'avant-dernier alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Une majoration de 10 % est applicable aux sommes réclamées qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure. Cette majoration peut faire l'objet d'une remise. »

III. – Le IV de l'article L. 162-1-14 du même code est ainsi modifié :

1° Le *b* du 3° est ainsi modifié :

a) La première phrase est complétée par les mots : « ou les modalités selon lesquelles elle sera récupérée sur les prestations à venir » ;

b) À la fin de la seconde phrase, le mot : « administratif » est remplacé par les mots : « des affaires de sécurité sociale » ;

2° La deuxième phrase de l'avant-dernier alinéa est supprimée ;

3° Avant le dernier alinéa, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La pénalité peut être recouvrée par retenues sur les prestations à venir. Il est fait application pour les assurés sociaux de l'article L. 133-4-1.

« Les faits pouvant donner lieu au prononcé d'une pénalité se prescrivent selon les règles définies à l'article 2224 du code civil. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de l'organisme concerné. »

IV. – L'article L. 162-1-14-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au neuvième alinéa, après le mot : « récidive », sont insérés les mots : « dans un délai fixé par voie réglementaire » ;

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

« Les décisions prononçant les sanctions prévues au présent article peuvent être contestées devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. Quand ces sanctions consistent en des pénalités financières, elles sont recouvrées selon les modalités définies aux septième et neuvième alinéas du IV de l'article L. 162-1-14. »

V. – Le deuxième alinéa de l'article L. 162-1-14-2 du même code est ainsi modifié :

1° Après le mot : « notifiée », sont insérés les mots : « et recouvrée » ;

2° Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« La pénalité peut être contestée devant le tribunal des affaires de sécurité sociale. »

VI. – À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 262-52 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « pour la pénalité prévue à » sont remplacés par les mots : « , en matière de prestations familiales, aux sixième, septième, neuvième et dixième alinéas du I, à la seconde phrase du onzième alinéa du I et au II de ».

VII. – Les juridictions administratives demeurent compétentes pour connaître des recours formés devant elles contre les décisions prononçant les sanctions prévues aux articles L. 114-17 et L. 162-1-14 à L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale et pendant à la date de promulgation de la présente loi.

VIII. – Le premier alinéa des articles L. 355-3 et L. 723-13 et le dernier alinéa de l'article L. 815-11 du code de la sécurité sociale sont complétés par les mots : « , sauf en cas de fraude ou de fausse déclaration ».

IX. – L'article L. 725-3-1 du code rural et de la pêche maritime est complété par les mots : « ainsi qu'aux deux dernières phrases du neuvième alinéa de ce même article ».

Article 115

Après le mot : « ne », la fin du dernier alinéa de l'article L. 262-9 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigée : « vit pas en couple de manière notoire et permanente et qui notamment ne met pas en commun avec un conjoint, concubin ou partenaire de pacte civil de solidarité ses ressources et ses charges. Lorsque l'un des membres du couple réside à l'étranger, n'est pas considéré comme isolé celui qui réside en France. »

Article 116

Après le 2° de l'article L. 333-1 du code de la consommation, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Les dettes ayant pour origine des manœuvres frauduleuses commises au préjudice des organismes de protection sociale énumérés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale.

« L'origine frauduleuse de la dette est établie soit par une décision de justice, soit par une sanction prononcée par un organisme de sécurité sociale dans les conditions prévues aux articles L. 114-17 et L. 162-1-14 du même code. »

Article 117

Après la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Ces échanges peuvent notamment porter sur les montants des prestations en espèces servies par les organismes mentionnés au premier alinéa. Cette nouvelle fonctionnalité est mise en œuvre avant la fin de l'année 2012. »

Article 118

Après l'article L. 114-12-1 du même code, il est inséré un article L. 114-12-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-12-3.* – La constatation de l'obtention frauduleuse, notamment à l'aide de faux documents ou de fausses déclarations, d'un numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques entraîne la suspension du versement des prestations dans les conditions prévues à l'article L. 161-1-4 et le réexamen du droit à l'ensemble des prestations versées par les organismes mentionnés à l'article L. 114-12. Le cas échéant, le service chargé du répertoire national d'identification des personnes physiques procède à l'annulation du numéro d'inscription obtenu frauduleusement. »

Article 119

Après le mot : « demandeur », la fin de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 161-1-4 du même code est ainsi rédigée : « de pièces justificatives, la présentation de faux documents ou de fausses informations ou l'absence réitérée de réponse aux convocations d'un organisme de sécurité sociale entraînent la suspension, selon le cas, soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées ou la réponse à la convocation adressée. »

Article 120

I. – L'article L. 376-1 du même code est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du septième alinéa est supprimée ;

2° Après le mot : « ainsi », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée :
« qu’aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime. »

II. – Le chapitre VI du titre VII du livre III du même code est complété par un article L. 376-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 376-4.* – La caisse de sécurité sociale de l’assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l’assuré et le tiers responsable ou l’assureur.

« L’assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l’obligation mentionnée au premier alinéa ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre du recours subrogatoire prévu à l’article L. 376-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l’obligation d’information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

« Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l’assureur du tiers responsable lorsqu’il ne respecte pas l’obligation d’information de la caisse prévue au septième alinéa de l’article L. 376-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

« La contestation de la décision de la caisse de sécurité sociale relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l’article L. 162-1-14. L’action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d’envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

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

III. – L’article L. 454-1 du même code est ainsi modifié :

1° La seconde phrase du cinquième alinéa est supprimée ;

2° Après le mot : « ainsi », la fin du dernier alinéa est ainsi rédigée :
« qu'aux articles L. 725-3 à L. 725-4 du code rural et de la pêche maritime. »

IV. – Le chapitre IV du titre V du livre IV du même code est complété par un article L. 454-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 454-2.* – La caisse d'assurance maladie de l'assuré est informée du règlement amiable intervenu entre l'assuré et le tiers responsable ou l'assureur.

« L'assureur ayant conclu un règlement amiable sans respecter l'obligation mentionnée au premier alinéa du présent article ne peut opposer à la caisse la prescription de sa créance. Il verse à la caisse, outre les sommes obtenues par celle-ci au titre des recours subrogatoires prévus aux articles L. 454-1, L. 455-1 et L. 455-1-1, une pénalité qui est fonction du montant de ces sommes et de la gravité du manquement à l'obligation d'information, dans la limite de 50 % du remboursement obtenu.

« Le deuxième alinéa du présent article est également applicable à l'assureur du tiers responsable lorsqu'il ne respecte pas l'obligation d'information de la caisse prévue au cinquième alinéa de l'article L. 454-1. Une seule pénalité est due à raison du même sinistre.

« La contestation de la décision de la caisse d'assurance maladie relative au versement de la pénalité relève du contentieux de la sécurité sociale. La pénalité est recouvrée selon les modalités définies au septième alinéa du IV de l'article L. 162-1-14. L'action en recouvrement de la pénalité se prescrit par deux ans à compter de la date d'envoi de la notification de la pénalité par le directeur de la caisse.

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

V. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 752-23 du code rural et de la pêche maritime, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le cinquième alinéa de l'article L. 454-1 et l'article L. 454-2 du code de la sécurité sociale sont applicables aux non salariés agricoles. »

Article 121

Au début de l'article L. 114-11 du code de la sécurité sociale, sont ajoutés quatre alinéas ainsi rédigés :

« Dans l'exercice de leurs missions respectives, les organismes de sécurité sociale, les services de l'État chargés des affaires consulaires ainsi que l'établissement mentionné à l'article L. 452-1 du code de l'éducation se communiquent toutes informations qui sont utiles :

« 1° À l'appréciation et au contrôle des conditions d'ouverture ou de service des prestations et des aides qu'ils versent ;

« 2° Au recouvrement des créances qu'ils détiennent ;

« 3° Aux vérifications par les autorités consulaires des conditions de délivrance des documents d'entrée et de séjour sur le territoire français. »

Article 122

Après le cinquième alinéa de l'article L. 114-19 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les documents et informations sont communiqués à titre gratuit dans les trente jours qui suivent la réception de la demande. »

Article 123

I. – La section 2 *bis* du chapitre III *bis* du titre III du livre I^{er} du même code est complétée par un article L. 133-6-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-6-7-1.* – À défaut de chiffre d'affaires ou de recettes ou de déclaration de chiffre d'affaires ou de revenus au cours d'une période d'au moins deux années civiles consécutives, un travailleur indépendant est présumé ne plus exercer d'activité professionnelle justifiant son affiliation au régime social des indépendants. Dans ce cas, la radiation peut être décidée par l'organisme de sécurité sociale dont il relève, sauf opposition formulée par l'intéressé dans le cadre d'une procédure contradictoire dont

les modalités sont précisées par décret en Conseil d'État. Elle prend effet au terme de la dernière année au titre de laquelle le revenu ou le chiffre d'affaires est connu.

« L'organisme qui prononce cette radiation en informe les administrations, personnes et organismes destinataires des informations relatives à la cessation d'activité prévues à l'article 2 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. Lorsque le travailleur indépendant est inscrit à un ordre professionnel, celui-ci en est également informé. »

II. – Le 2° de l'article L. 8221-3 du code du travail est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette situation peut notamment résulter de la non-déclaration d'une partie de son chiffre d'affaires ou de ses revenus ou de la continuation d'activité après avoir été radié par les organismes de protection sociale en application de l'article L. 133-6-7-1 du code de la sécurité sociale. »

Article 124

La sous-section 5 de la section 1 du chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 243-3-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-3-2.* – Lorsqu'un dirigeant d'une société, d'une personne morale ou de tout autre groupement ayant fait l'objet d'une verbalisation pour travail dissimulé est responsable des manœuvres frauduleuses ou de l'inobservation grave et répétée des obligations sociales qui ont rendu impossible le recouvrement des cotisations, contributions et sanctions pécuniaires dues par la société, la personne morale ou le groupement, ce dirigeant peut être déclaré solidairement responsable du paiement de ces cotisations, contributions et sanctions pécuniaires par le président du tribunal de grande instance.

« À cette fin, le directeur de l'organisme créancier assigne le dirigeant devant le président du tribunal de grande instance du lieu du siège social.

« Le présent article est applicable à toute personne exerçant en droit ou en fait, directement ou indirectement, la direction effective de la société, de la personne morale ou du groupement.

« Les voies de recours qui peuvent être exercées contre la décision du président du tribunal de grande instance ne font pas obstacle à ce que le directeur de l'organisme créancier prenne à l'encontre du dirigeant des mesures conservatoires en vue de préserver le recouvrement de la créance sociale. »

Article 125

Le second alinéa du II de l'article L. 8221-6 du code du travail est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans ce cas, la dissimulation d'emploi salarié est établie si le donneur d'ordre s'est soustrait intentionnellement par ce moyen à l'accomplissement des obligations incombant à l'employeur mentionnées à l'article L. 8221-5.

« Le donneur d'ordre qui a fait l'objet d'une condamnation pénale pour travail dissimulé en application du présent II est tenu au paiement des cotisations et contributions sociales à la charge des employeurs, calculées sur les sommes versées aux personnes mentionnées au I au titre de la période pour laquelle la dissimulation d'emploi salarié a été établie. »

Article 126

Le dernier alinéa de l'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Article 127

Le dernier alinéa de l'article L. 242-1-2 du même code est ainsi modifié :

1° Les mots : « , au titre de l'assurance vieillesse, » sont supprimés ;

2° Après la première occurrence du mot : « alinéa », sont insérés les mots : « en matière d'ouverture des droits et de calcul des ressources au titre des prestations servies par les organismes de sécurité sociale ».

Article 128

Après l'article L. 243-7-3 du même code, il est inséré un article L. 243-7-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-7-4.* – Dès lors qu'un procès-verbal de travail illégal a été établi et que la situation et le comportement de l'entreprise ou de ses dirigeants mettent en péril le recouvrement des cotisations dissimulées, l'inspecteur du recouvrement peut dresser un procès-verbal de flagrance sociale comportant l'évaluation du montant des cotisations dissimulées.

« Ce procès-verbal est signé par l'inspecteur et par le responsable de l'entreprise. En cas de refus de signer, mention en est faite au procès-verbal.

« L'original du procès-verbal est conservé par l'organisme chargé du recouvrement et une copie est notifiée au contrevenant.

« Au vu du procès-verbal de travail illégal et du procès-verbal de flagrance sociale, le directeur de l'organisme de recouvrement peut solliciter du juge de l'exécution l'autorisation de pratiquer sur les biens du débiteur l'une ou plusieurs mesures conservatoires mentionnées aux articles 74 à 79 de la loi n° 91-650 du 9 juillet 1991 portant réforme des procédures civiles d'exécution. »

Article 129

Le II de l'article L. 561-29 du code monétaire et financier est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le service peut transmettre aux organismes mentionnés à l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale des informations en relation avec les faits mentionnés au I de l'article L. 561-15 du présent code, qu'ils peuvent utiliser pour l'exercice de leurs missions. »

– 124 –

Délibéré en séance publique, à Paris, le 29 novembre 2011.

Le Président,

Signé : BERNARD ACCOYER

ANNEXES

ANNEXE A

Rapport présentant un tableau, établi au 31 décembre 2010, retraçant la situation patrimoniale des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement, à l'amortissement de leur dette ou à la mise en réserve de recettes à leur profit et décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2010

I. – Situation patrimoniale de la sécurité sociale au 31 décembre 2010

(En milliards d'euros)

Actif	2010	2009	Variation	Passif	2010	2009	Variation
Immobilisations	6,6	6,8	-0,2	Capitaux propres	-87,1	-66,3	-20,8
Immobilisations non financières	3,9	4,0	0,0	Dotations	32,8	30,3	2,4
				Régime général....	0,5	0,5	0,0
				Autres régimes	3,7	3,5	0,2
Prêts, dépôts de garantie et autres .	1,8	2,1	-0,2	Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).....	0,2	0,2	0,0
Avances/ prêts accordés à des organismes de la sphère sociale (Unions pour la gestion des établissements des caisses d'assurance maladie, unions immobilières des organismes de sécurité sociale)...	0,8	0,8	0,0	Fonds de réserve pour les retraites (FRR)	28,3	26,1	2,3
				Réserves	13,2	13,7	-0,5
				Régime général....	2,6	2,6	0,0
				Autres régimes	6,7	7,0	-0,3
				FRR	3,9	4,1	-0,1
				Report à nouveau	-110,0	-90,7	-19,3
				Régime général....	-13,5	6,9	-20,4
				Autres régimes	-1,3	-0,3	-1,0

(En milliards d'euros)

Actif	2010	2009	Variation	Passif	2010	2009	Variation
				Fonds de solidarité vieillesse (FSV)...	-3,2	0,0	-3,2
				CADES.....	-92,0	-97,3	5,3
				Résultat de l'exercice	-23,9	-19,6	-4,3
				Régime général....	-23,9	-20,3	-3,6
				Autres régimes	-1,6	-1,2	-0,4
				FSV	-4,1	-3,2	-0,9
				CADES.....	5,1	5,3	-0,1
				FRR	0,6	-0,1	0,7
				Autres	0,7	0,0	0,7
				FRR	0,7	0,0	0,7
				Provisions pour risques et charges	17,0	16,4	0,5
Actif financier	50,7	48,4	2,3	Passif financier	146,8	124,7	22,0
Valeurs mobilières et titres de placement	44,6	43,9	0,8	Dettes représentées par un titre (obligations, billets de trésorerie, ECP)	118,8	106,5	12,3
Autres régimes	9,2	8,8	0,4	Régime général....	17,5	9,6	8,0
CADES.....	1,5	4,0	-2,4	CADES.....	101,2	97,0	4,3
FRR	33,9	31,2	2,7	Dettes à l'égard d'établissements de crédits	24,7	17,8	6,9
Encours bancaire	5,9	4,3	1,6	Régime général (y compris prêts Caisse des dépôts et consignations)...	21,0	15,5	5,5
Régime général....	0,8	0,5	0,3	Autres régimes	3,7	2,1	1,6
Autres régimes	0,7	0,6	0,1	CADES.....	0,0	0,2	-0,2
CADES.....	1,2	1,0	0,2	Dépôts	0,8	0,0	0,8
FRR	3,2	2,3	0,9	Régime général....	0,8	0,0	0,8
Créances nettes au titre des instruments financiers	0,2	0,2	0,0	Dettes nettes au titre des instruments financiers	0,1	0,1	0,0
CADES.....	0,2	0,2	0,0	FRR	0,1	0,1	-0,1
				Autres	2,4	0,3	2,0
				Régime général....	0,3	0,0	0,2
				Autres régimes	0,1	0,1	0,0
				CADES.....	2,0	0,2	1,8
Actif circulant	59,8	60,1	-0,3	Passif circulant	40,5	40,5	0,0

(En milliards d'euros)

Actif	2010	2009	Variation	Passif	2010	2009	Variation
Créances sur prestations	7,8	9,1	-1,3	Dettes et charges à payer (CAP) à l'égard des bénéficiaires	21,3	21,3	0,0
Créances et produits à recevoir (PAR) sur cotisations, contributions sociales, impôts ...	41,3	38,1	3,2	Dettes à l'égard des cotisants	1,4	1,0	0,4
Créances et PAR sur l'État et autres entités publiques	6,6	10,1	-3,5	Dettes et CAP à l'égard de l'État et autres entités publiques	7,6	7,2	0,4
Autres actifs (débiteurs divers, comptes d'attente et de régularisation)	4,1	2,8	1,3	Autres passifs (crédeurs divers, comptes d'attente et de régularisation) dont soult des industries électriques et gazières.....	10,2	11,0	-0,8
Total de l'actif	117,1	115,3	1,8	Total du passif	117,1	115,3	1,8

Sur le champ de l'ensemble des régimes de base, du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) et du Fonds de réserve pour les retraites (FRR), le passif net (ou « dette ») de la sécurité sociale, mesuré par ses capitaux propres, s'élevait à 87,1 milliards d'euros au 31 décembre 2010, soit l'équivalent de 4,5 points de produit intérieur brut (PIB) ou d'un peu plus de deux mois de prestations versées par ces mêmes organismes. Ce passif net a augmenté de 21 milliards d'euros par rapport à celui constaté au 31 décembre 2009 (66,3 milliards d'euros), en raison essentiellement du déficit des régimes et du FSV pour l'année 2010 (soit 29,6 milliards d'euros), minoré de l'amortissement de la dette portée par la CADES (5,1 milliards d'euros) et des recettes affectées au FRR (2,2 milliards d'euros) sur cette même année.

Compte tenu des sommes placées ou détenues en trésorerie (50,7 milliards d'euros, dont les deux tiers environ par le FRR), du besoin en fonds de roulement (différence de 19,3 milliards d'euros entre les actifs

et passifs circulants) ainsi que des immobilisations et provisions, l'endettement financier s'élevait à 146,8 milliards d'euros au 31 décembre 2010 (contre 124,7 milliards d'euros au 31 décembre 2009).

L'ensemble de ces éléments sont détaillés en annexe 9 au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2012.

II. – Couverture des déficits constatés sur l'exercice 2010 et affectation des excédents observés sur ce même exercice

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 23,9 milliards d'euros en 2010. La branche Maladie a ainsi enregistré un déficit de 11,6 milliards d'euros, la branche Accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) un déficit de 0,7 milliard d'euros, la branche Vieillesse un déficit de 8,9 milliards d'euros et la branche Famille un déficit de 2,7 milliards d'euros.

Pour faciliter le retour de la croissance qui constituait un objectif prioritaire, il avait été décidé dans le contexte exceptionnel de l'année 2010 de ne pas procéder durant cet exercice à des reprises de dette par la CADES. Aussi le Gouvernement avait-il pris les engagements nécessaires pour que le déficit global du régime général pour les exercices 2009 et 2010 puisse être financé par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, avec l'appui de l'Agence France Trésor, au moyen de ressources non permanentes dans la limite des plafonds fixés par les lois de financement de la sécurité sociale.

Dans le cadre fixé par la loi organique n° 2010-1380 du 13 novembre 2010 relative à la gestion de la dette sociale, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 de financement de la sécurité sociale pour 2011 a organisé le transfert de ces déficits cumulés du régime général pour 2009 et 2010 (hors branche Accidents du travail) à la CADES. Conformément aux dispositions organiques, la caisse a été affectataire de ressources lui permettant de financer ces sommes.

La plupart des régimes de base autres que le régime général présentent par construction des résultats annuels équilibrés ou très proches de l'équilibre. Il en est ainsi des régimes intégrés financièrement au régime général (régimes agricoles hors branche Retraite du régime des exploitants, régimes maladie des militaires, des cultes et des marins), des régimes de retraite équilibrés par des subventions de l'État (SNCF, RATP, régimes des

mines et des marins), des régimes d'employeurs (fonction publique de l'État) équilibrés par ces derniers et enfin du régime social des indépendants dont les déficits sont couverts par une affectation à due proportion du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés.

Cependant, deux régimes ne bénéficiant pas de tels mécanismes d'équilibrage ont enregistré en 2010 des résultats déficitaires.

S'agissant d'une part de la branche Retraite du régime des exploitants agricoles, le déficit s'est élevé à 1,3 milliard d'euros (contre 1,2 milliard d'euros en 2009) et a fait l'objet d'un financement bancaire dans le respect du plafond fixé par la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 à 3,5 milliards d'euros. La présente loi transfère à la CADES, grâce à la mobilisation des ressources supplémentaires dont celle-ci bénéficiera en application du plan de lutte contre les déficits publics, les déficits cumulés pour 2009 et 2010 de la branche Vieillesse du régime.

S'agissant d'autre part de la Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL), il convient d'observer qu'elle a enregistré pour la première fois un déficit en 2010 (0,5 milliard d'euros). Compte tenu des réserves antérieures de la caisse, celui-ci a été pour l'essentiel autofinancé.

Enfin, quelques régimes présentent des résultats excédentaires, principalement la caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF (risque maladie), la Caisse nationale des industries électriques et gazières et le fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales (environ 0,1 milliard d'euros chacun). Ces excédents sont affectés au report à nouveau des caisses.

Par ailleurs, le FSV a enregistré en 2010 un déficit de 4,1 milliards d'euros. Le fonds ne disposant pas de réserve, ce déficit est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif. Dans la mesure où le FSV n'est pas habilité par la loi de financement à emprunter, ce déficit a entraîné en 2010 une dette vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) qui a été financée *in fine* par les emprunts de trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), dans les mêmes conditions que les déficits propres de la CNAV.

Comme pour le régime général, la loi n° 2010-1594 du 20 décembre 2010 précitée a organisé le transfert à la CADES des déficits cumulés 2009 et 2010 du fonds.

ANNEXE B

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

Hypothèses retenues dans la projection quadriennale

	<i>(En %)</i>			
	2012	2013	2014	2015
Produit intérieur brut en volume	1,0	2,0	2,0	2,0
Masse salariale privée	3,0	4,0	4,0	4,0
Inflation	1,7	1,75	1,75	1,75
Objectif national de dépenses d'assurance maladie en valeur.....	2,5	2,5	2,5	2,5

La présente annexe décrit l'évolution des dépenses, des recettes et des soldes du régime général, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) à l'horizon 2015, sur la base d'hypothèses macroéconomiques révisées compte tenu des développements récents de la crise économique et financière et de leurs conséquences sur l'environnement économique international. Ces projections intègrent également l'impact financier des mesures du plan de retour à l'équilibre des finances publiques annoncé le 7 novembre 2011 qui contribuent plus particulièrement au redressement des comptes de la sécurité sociale.

Les hypothèses retiennent un ralentissement en 2012 de la progression de la masse salariale privée, principale assiette des ressources de la sécurité sociale (3,0 %, contre 3,7 % en 2011). Pour les exercices 2013 à 2015, la masse salariale privée est supposée progresser de 4 % par an en valeur. Ces hypothèses traduisent la volonté de fonder la stratégie de redressement de la sécurité sociale, laquelle sous-tend les mesures présentées dans la présente loi, sur des projections financières sincères et prudentes :

– la progression révisée de la masse salariale pour 2012 incorpore l'intégralité de la correction à la baisse de l'hypothèse de croissance du produit intérieur brut (PIB), elle-même calée sur la moyenne des prévisions pour l'année à venir des instituts indépendants de conjoncture ;

– l'hypothèse de progression de 4,0 % à compter de 2013 reste inférieure au rythme annuel moyen de la masse salariale privée entre 1998 et 2007 (4,1 %), alors que l'éventualité d'un rattrapage partiel des points de croissance perdus entre 2008 et 2012 par rapport à la tendance historique ne peut être écartée.

La période quadriennale qui s'ouvre est marquée par des incertitudes sur l'environnement macroéconomique international, qui contraignent fortement les finances publiques des États. Dans le programme de stabilité transmis à la Commission européenne au premier semestre 2011, la France s'est engagée auprès de ses partenaires européens à respecter une trajectoire de redressement du solde des administrations publiques (de -5,7 % du PIB en 2011 à -4,5 % en 2012, -3,0 % en 2013 et -2,0 % en 2014) et ce quelle que soit la conjoncture économique. Tous les sous-secteurs des administrations publiques devront prendre part à cet effort, et notamment la sécurité sociale compte tenu de son poids dans l'ensemble des finances publiques, même si sa part dans le besoin de financement d'ensemble de la sphère publique reste limitée (moins d'un cinquième du besoin de financement des administrations publiques en 2010).

La trajectoire financière décrite dans la présente annexe confirme l'objectif d'une réduction très significative du déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale. En dépit de la révision en baisse des hypothèses macroéconomiques, la mise en œuvre du second plan de retour à l'équilibre des finances publiques permet de revenir en 2012 à un solde déficitaire de 13,8 milliards d'euros, ainsi que d'amplifier l'effort de redressement entre 2013 et 2015.

Le déficit de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale devrait passer de 20,1 milliards d'euros en 2011 à 8,9 milliards d'euros en 2015, soit une diminution de plus de moitié. Pour le seul régime général, le redressement est encore plus significatif : -6,5 milliards d'euros en 2015, contre -18,0 milliards d'euros en 2011. La reprise des déficits de la branche Vieillesse par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) étant d'ores et déjà financée jusqu'en 2018, durant la période de

montée en charge de la réforme des retraites, seul le déficit du régime général hors branche Vieillesse, qui ne sera plus que de 2 milliards d'euros pour l'exercice 2015, devra être remboursé par des excédents ultérieurs.

Le levier principal et la clé de la durabilité de ce redressement sont un effort continu de maîtrise des dépenses de la sécurité sociale. La projection quadriennale décrite dans la présente annexe retient l'hypothèse d'une progression annuelle moyenne des charges nettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 2,9 % en valeur entre 2011 et 2015, soit 1,15 % en volume. Maintenir à partir de 2013 la croissance des dépenses de la sécurité sociale à un rythme inférieur de près d'un point à celui de la richesse nationale constituera un résultat important au regard des pressions que le vieillissement de la population exercera sur la demande de prestations et services sociaux. Ce résultat sera obtenu au moyen d'un engagement résolu dans la recherche de l'efficacité de la fourniture de ces prestations et services.

En matière d'assurance maladie, en application du plan de retour à l'équilibre des finances publiques annoncé le 7 novembre 2011, la présente loi fixe un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) en progression de 2,5 % en valeur par rapport à l'objectif 2011, qui sera lui-même respecté. La présente projection quadriennale repose également sur l'hypothèse de la reconduction de ce taux de progression de 2,5 % jusqu'en 2015, le Gouvernement s'étant engagé en outre à poursuivre une croissance des dépenses d'assurance maladie maîtrisée à ce rythme en 2016.

Compte tenu d'une évolution tendancielle, en l'absence de toute mesure, légèrement supérieure à 4 %, cela signifie un effort d'économie de plus de 2,5 milliards d'euros chaque année. Ces économies seront justement réparties entre efforts de maîtrise médicalisée des dépenses de soins de ville, baisse des coûts des médicaments par le développement des génériques et l'action sur les prix des produits, amélioration de l'efficacité hospitalière et convergence tarifaire : les mesures viseront prioritairement à renforcer l'efficacité et la performance du système de soins.

Le projet initial du Gouvernement comportait d'ores et déjà des engagements et des dispositions permettant de respecter une progression des dépenses sous ONDAM de 2,8 % par rapport à l'objectif pour 2011, ce qui exige un montant d'économies de 2,2 milliards d'euros. Celles-ci seront atteintes :

– par de nouvelles actions de maîtrise médicalisée, qui devront produire 550 millions d’euros d’économies ;

– par des ajustements tarifaires dans le domaine des produits de santé dans le cadre de la politique conventionnelle, pour un montant de 770 millions d’euros ;

– par des baisses de tarifs de certains actes médicaux, principalement en radiologie et en biologie, à hauteur de 170 millions d’euros ;

– par l’instauration d’un quatrième jour de carence en cas d’arrêt de travail pour maladie, pour un montant évalué à 200 millions d’euros ;

– enfin, dans le domaine hospitalier, par la poursuite de la convergence tarifaire, l’amélioration de la performance à l’hôpital et l’intensification des politiques de lutte contre la fraude, et une première diminution de la dotation des régimes d’assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés, dont sont attendus 535 millions d’euros d’économies.

En outre, en application du III de l’article 8 de la loi n° 2010-1645 du 28 décembre 2010 de programmation des finances publiques pour les années 2011 à 2014, un montant de 545 millions d’euros sera mis en réserve en 2012.

Les mesures annoncées lors de la présentation du second plan de retour à l’équilibre des finances publiques amplifieront ces efforts. Les dépenses sous ONDAM seront en effet encore réduites de plus de 500 millions d’euros en 2012 :

– 290 millions d’euros au titre d’économies sur les dépenses de médicaments ;

– 90 millions d’euros au titre d’une révision des tarifs des actes de biologie et de radiologie ;

– 15 millions d’euros au titre de l’ajustement supplémentaire à la baisse de la dotation des régimes d’assurance maladie au Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (soit une baisse

totale de la dotation de 100 millions d'euros par rapport au projet de loi de financement de la sécurité sociale déposé par le Gouvernement) ;

– 20 millions d'euros sur les dépenses médico-sociales en faveur des personnes âgées.

Ces mesures supplémentaires permettront de contenir la progression des dépenses entrant dans le périmètre de l'ONDAM en-deçà de 2,5 % en 2012. De 2013 à 2016, 500 millions d'euros d'économies additionnelles chaque année devront être dégagés afin de conserver un rythme de croissance de 2,5 % de l'ONDAM. Ces efforts de maîtrise des dépenses d'assurance maladie trouveront une traduction tangible dans les comptes de la branche Maladie du régime général, dont le déficit reviendra de 11,6 milliards d'euros en 2010 à 5,9 milliards d'euros en 2012 – soit une division par deux en deux ans –, et à 0,9 milliard d'euros en 2015. La présente annexe décrit ainsi un sentier crédible de retour à un quasi-équilibre de la branche maladie dès le milieu de la présente décennie.

On ne saurait trop souligner la performance réalisée par la France en matière de régulation des dépenses d'assurance maladie. Depuis le début de la précédente décennie, le rythme de croissance en valeur des dépenses d'assurance maladie est passé d'environ 7 % à moins de 3 %. Le montant cumulé des économies réalisées par rapport à une situation où les dépenses d'assurance maladie seraient restées sur leur trajectoire antérieure peut être évalué à 40 milliards d'euros entre 2002 et 2010. Selon l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), notre pays se situe au deuxième rang pour la modération de la croissance des dépenses publiques de santé depuis 2005. Avec une progression de 1,7 % en moyenne par an en volume au cours de cette période, nos dépenses d'assurance maladie augmentent sensiblement moins rapidement qu'en Allemagne (2,6 %) ou au Royaume-Uni (5,9 %). Mais, dans le même temps, la France reste, parmi les pays développés, l'un de ceux dans lequel la part des dépenses de santé financée par les administrations publiques est la plus élevée, dans lequel les patients disposent des libertés les plus larges de choix du médecin ou de mode de prise en charge, et qui présente les meilleurs résultats en matière d'état de santé de la population, tout particulièrement en ce qui concerne l'espérance de vie des femmes. Le dernier rapport de la commission des comptes de la santé montre que, pour la troisième année consécutive, le reste à charge des ménages diminue, pour s'établir à 9,4 % de la consommation des soins et biens médicaux.

Cette part de reste à charge place la France en deuxième position, juste derrière les Pays-Bas.

Dans le domaine des retraites, la réforme adoptée en 2010 a commencé à être mise en œuvre en 2011. Suite aux annonces du Premier ministre le 7 novembre 2011, la présente loi accélère la montée en charge de cette réforme : la deuxième étape du relèvement des âges de la retraite, au 1^{er} janvier 2012, portera à 60 ans et 9 mois pour la génération née en 1952 l'âge d'ouverture des droits et à 65 ans et 9 mois l'âge permettant l'application automatique du taux plein, soit un mois de plus que le calendrier initialement fixé. Celui-ci est revu dans son ensemble afin d'atteindre dès 2017 et la génération 1955 les âges minimaux et « taux plein » de, respectivement, 62 et 67 ans. Au total, les dispositions de la réforme des retraites portant sur les dépenses produiront en 2012 une économie significative, de l'ordre de 1,4 milliard d'euros pour le régime général, sans compter l'impact des mesures de recettes prises en loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 au bénéfice de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) et du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), ni les gains en ressources pour les régimes de sécurité sociale consécutifs au maintien en activité d'un nombre plus important de seniors. Si l'incidence de l'accélération de la mise en œuvre de la réforme restera limitée pour le régime général en 2012 (60 millions d'euros), elle sera sensiblement plus significative en 2015 (480 millions d'euros), contribuant au redressement de la branche Vieillesse.

À plus long terme, la réforme fixe l'objectif d'un retour à l'équilibre financier de l'ensemble du système de retraite à l'horizon 2018, sans dégrader le niveau élevé des pensions dont bénéficient les retraités, ni alourdir les prélèvements supportés par les actifs afin de préserver la quasi-parité de niveau de vie aujourd'hui observée entre actifs et retraités (le niveau de vie des retraités équivaut en moyenne à 96 % de celui des actifs en 2009). Aussi le levier privilégié est-il l'élévation de l'âge effectif de départ en retraite, au moyen de l'allongement de la durée d'assurance requise pour obtenir une pension à taux plein en fonction de l'évolution de l'espérance de vie et de l'élévation des âges légaux de la retraite. Ce levier est nécessaire pour atteindre l'objectif posé dans la réforme des retraites de 2003 d'un partage des gains d'espérance de vie à deux tiers en faveur de l'activité professionnelle et au tiers restant en faveur de la retraite. Au total, selon les évaluations disponibles, le relèvement des bornes d'âge devrait se traduire par un gain de 9,1 milliards d'euros à l'horizon 2018 pour la

branche Vieillesse du régime général, soit près de la moitié de l'impact d'ensemble de la réforme.

Un effort ponctuel sera en outre demandé en 2012 aux bénéficiaires de prestations familiales et d'aides au logement, dont la revalorisation sera forfaitaire à hauteur de 1 %. Cette mesure réduira de près de 400 millions d'euros les dépenses relatives à ces dispositifs. Compte tenu par ailleurs de l'application, à compter de l'année 2012, au 1^{er} avril de la revalorisation des prestations familiales, l'impact de cette mesure sera un peu plus important en 2013 (près de 500 millions d'euros) puis restera stable ensuite. Le principe posé par la loi d'une revalorisation de ces prestations par référence à l'évolution des prix à la consommation continuera de s'appliquer en 2013 et les années suivantes.

Enfin, les régimes de sécurité sociale et les fonds financés par eux devront réaliser des économies sur leurs propres budgets. Les économies nouvelles sur le fonctionnement et l'action sociale des régimes s'élèveront à, respectivement, 60 et 85 millions d'euros. Les dotations aux fonds seront en outre réduites de 75 millions d'euros. Au total, 220 millions d'euros seront ainsi économisés.

Le redressement des comptes de la sécurité sociale à l'horizon 2015 repose aussi sur un effort de remise à niveau des recettes. En effet, la perte de recettes pour le régime général liée à la conjoncture très défavorable que l'économie française a traversée entre 2008 et 2011 peut être estimée à 9 points de masse salariale du secteur privé, soit 18 milliards d'euros environ. Compte tenu de l'ampleur de cette ponction sur ces recettes, sans laquelle les régimes de sécurité sociale dans leur ensemble seraient excédentaires, le Gouvernement met en œuvre des actions qui permettent d'assurer un financement viable du haut niveau de protection sociale qui doit être garanti aux Français.

La loi n° 2010-1330 du 9 novembre 2010 portant réforme des retraites participait déjà d'un tel objectif, avec un volet recettes important. Des recettes nouvelles ciblées sont apportées aux régimes de retraite et au FSV. Ainsi, les ménages imposés à la tranche la plus élevée du barème de l'impôt sur le revenu ont vu leur taux marginal augmenter d'un point. Par ailleurs, les prélèvements sur les *stock-options* et les retraites-chapeaux ont été relevés. Les revenus du capital sont également mis à contribution de façon spécifique (plus-values de cessions mobilières et immobilières, dividendes et intérêts). Concernant les entreprises, le gain de recettes induit

par l'annualisation du calcul des allègements généraux de cotisations sociales bénéficie intégralement au FSV. Enfin, à plus long terme, les cotisations vieillesse au régime général seront augmentées entre 2015 et 2018, et compensées à due proportion par une diminution des cotisations d'assurance chômage, compte tenu de l'amélioration prévue de la situation financière de ce régime.

Outre les recettes associées à la réforme des retraites, les mesures nouvelles annoncées par le Premier ministre le 24 août 2011 dans le cadre d'un premier plan de lutte contre les déficits publics, et mises en œuvre dans la loi de finances rectificative pour 2011 et dans la loi de finances pour 2012 ainsi que dans la présente loi, permettront d'améliorer les comptes des organismes de sécurité sociale de 6 milliards d'euros, dont environ 4 milliards d'euros au titre de la réduction des niches sociales. Parmi celles-ci, on peut citer : la réforme des abattements sur les plus-values immobilières, la hausse du forfait social portant sur les dispositifs tels que l'épargne salariale ou la retraite supplémentaire, l'élargissement de l'assiette de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale pour les revenus d'activité, la réintégration des heures supplémentaires dans le barème des allègements généraux de cotisations sociales suivant les recommandations du Conseil des prélèvements obligatoires, un plus juste assujettissement aux cotisations et contributions sociales des indemnités de rupture, dans la continuité du mouvement engagé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011. Ces mesures traduisent également la volonté de renforcer l'équité du prélèvement, en assurant notamment la contribution des plus hauts revenus *via* l'augmentation de 1,2 point des prélèvements sociaux sur les revenus du capital. Par ailleurs, dans le cadre d'une politique globale de santé publique visant à limiter les comportements à risque, les prix du tabac seront augmentés, la fiscalité sur les alcools forts rehaussée et une nouvelle taxe créée sur les boissons à sucre ajouté.

L'année 2012 verra ainsi le redressement des comptes de la sécurité sociale franchir une étape décisive. Cependant, l'effort de reconstitution des recettes se poursuivra au-delà de cette date, en retenant prioritairement les mesures permettant de réduire les niches sociales. Ces dispositifs, qui constituent des dérogations aux règles de droit commun d'assiette et de taux des principaux prélèvements sociaux, peuvent être justifiés au regard des incitations qu'ils permettent d'adresser aux agents économiques, comme dans le cas des allègements généraux sur les bas salaires qui visent à stimuler l'embauche de travailleurs faiblement qualifiés par les

entreprises. Certains peuvent avoir un objectif d'équité ou de cohésion sociale qui justifient qu'ils soient maintenus. D'autres, en revanche, ne remplissent pas ou plus les objectifs économiques ou sociaux initiaux. S'appuyant sur ce constat, et dans le prolongement des mesures d'ores et déjà prises, le Gouvernement entend donc poursuivre au-delà de 2012 l'effort de neutralisation des niches sociales les moins efficaces. La présente projection quadriennale incorpore à ce titre un surcroît de recettes sociales au titre de la participation de la sécurité sociale à l'effort de réduction du déficit public nécessaire afin de respecter la trajectoire sur laquelle le Gouvernement s'est engagé.

Au total, les hypothèses retenues dans la construction de la projection quadriennale associée à la présente loi aboutissent à une progression annuelle moyenne des recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de 3,6 % en valeur de 2011 à 2015. Pour le seul régime général, la dynamique des recettes serait encore plus forte : +4,0 % en moyenne. Avec un écart d'un point de croissance par an entre des recettes dynamiques grâce à des flux réguliers de mesures nouvelles et des dépenses maîtrisées dans la durée, la sécurité sociale se rapproche en 2015 de l'équilibre financier.

Avant cette échéance, il restera à financer les déficits qui apparaîtront et dont le transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) n'est pas organisé à ce stade. Les déficits de la CNAV et du FSV seront repris par la CADES pendant la période de montée en charge des effets de la réforme des retraites, jusqu'en 2018. Les branches Maladie et Famille resteront certes déficitaires jusqu'en 2015 et devront supporter des charges financières au titre de ces besoins de financement, mais leur déficit sera fortement réduit par rapport aux projections précédentes, et leur impact sur la trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) en 2012 sera donc fortement allégé. D'autres régimes autorisés à recourir à l'emprunt, tels que le régime de retraite des exploitants agricoles, seront confrontés à un défi identique. Cependant, à mesure que les comptes de la sécurité sociale se redresseront, il sera possible de dégager des ressources à affecter à la CADES pour, conformément aux dispositions organiques, couvrir de nouvelles reprises de déficits limitées. À cet égard, la présente loi prévoit la mobilisation des recettes nouvelles dont bénéficiera la CADES en application du plan de lutte contre les déficits publics (soit environ 220 millions d'euros) au bénéfice de l'amortissement du déficit cumulé pour 2009 et 2010 de la branche Vieillesse du régime des exploitants agricoles, et ce dans le respect de la date prévisionnelle de fin de vie de la caisse estimée à 2025.

Régime général

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes.....	138,8	141,8	147,9	155,7	161,4	167,7	174,2
Dépenses.....	149,3	153,4	157,4	161,6	165,9	170,6	175,2
Solde	-10,6	-11,6	-9,5	-5,9	-4,5	-2,9	-0,9
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes.....	10,4	10,5	11,6	12,0	12,3	12,8	13,3
Dépenses.....	11,1	11,2	11,6	11,9	12,2	12,5	12,8
Solde	-0,7	-0,7	0,0	0,0	0,1	0,3	0,5
Famille							
Recettes.....	56,1	50,2	52,4	53,9	55,3	57,0	58,7
Dépenses.....	57,9	52,9	55,0	56,0	57,5	58,9	60,3
Solde	-1,8	-2,7	-2,6	-2,0	-2,2	-1,9	-1,5
Vieillesse							
Recettes.....	91,4	93,4	100,6	104,7	109,0	113,7	119,1
Dépenses.....	98,7	102,3	106,6	110,6	115,0	119,1	123,6
Solde	-7,2	-8,9	-6,0	-5,9	-6,0	-5,4	-4,5
Toutes branches consolidé							
Recettes.....	288,7	287,5	303,3	316,7	328,2	341,0	355,0
Dépenses.....	309,1	311,5	321,3	330,5	340,8	351,0	361,5
Solde	-20,3	-23,9	-18,0	-13,8	-12,6	-10,0	-6,5

Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Maladie							
Recettes.....	162,0	165,2	171,8	180,4	186,4	193,2	200,3
Dépenses.....	172,4	176,5	181,3	186,2	190,8	196,0	201,0
Solde	-10,4	-11,4	-9,5	-5,8	-4,4	-2,7	-0,7
Accidents du travail/Maladies professionnelles							
Recettes.....	11,8	11,9	13,0	13,4	13,7	14,2	14,8
Dépenses.....	12,4	12,6	12,9	13,3	13,6	13,9	14,2
Solde	-0,6	-0,7	0,1	0,1	0,1	0,3	0,6
Famille							
Recettes.....	56,6	50,8	52,9	54,4	55,8	57,5	59,3
Dépenses.....	58,4	53,5	55,5	56,5	57,9	59,4	60,8
Solde	-1,8	-2,7	-2,6	-2,0	-2,2	-1,9	-1,5
Vieillesse							
Recettes.....	179,4	183,3	194,5	202,6	209,1	216,0	223,3
Dépenses.....	188,3	194,1	202,6	210,4	217,5	224,0	230,5
Solde	-8,9	-10,8	-8,1	-7,8	-8,3	-8,0	-7,2
Toutes branches consolidé							
Recettes.....	401,2	402,0	422,0	440,2	454,5	470,1	486,6
Dépenses.....	422,9	427,5	442,2	455,8	469,3	482,4	495,5
Solde	-21,7	-25,5	-20,1	-15,6	-14,8	-12,3	-8,9

Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015
Recettes.....	10,0	9,8	13,8	14,206	14,7	15,2	15,7
Dépenses.....	13,2	13,8	17,5	18,3	18,4	18,6	18,8
Solde	-3,2	-4,1	-3,8	-4,1	-3,8	-3,4	-3,1

ANNEXE C

État des recettes, par catégorie et par branche, des régimes obligatoires de base et du régime général ainsi que des recettes, par catégorie, des organismes concourant au financement de ces régimes

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

Exercice 2012

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ Maladies professionnelles	Régimes de base
Cotisations effectives.....	82,2	110,5	35,3	12,3	240,2
Cotisations prises en charge par l'État.....	1,4	1,3	0,5	0,0	3,3
Cotisations fictives d'employeur.....	0,9	36,6	0,1	0,3	38,0
Contribution sociale généralisée	63,0	0,1	9,5	0,0	72,5
Impôts et taxes	27,8	17,7	8,0	0,3	53,8
Transferts	2,4	35,4	0,3	0,1	27,7
Produits financiers	0,0	0,1	0,0	0,0	0,2
Autres produits	2,7	0,8	0,6	0,4	4,5
Recettes	180,4	202,6	54,4	13,4	440,2

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 2012

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ Maladies profession- nelles	Régime général
Cotisations effectives.....	73,8	67,3	35,0	11,4	187,5
Cotisations prises en charge par l'État.....	1,1	0,9	0,5	0,0	2,5
Cotisations fictives d'employeur.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Contribution sociale généralisée.....	54,6	0,0	9,6	0,0	64,2
Impôts et taxes.....	21,3	11,1	7,9	0,2	40,5
Transferts.....	2,6	25,2	0,3	0,0	18,5
Produits financiers.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres produits.....	2,4	0,2	0,6	0,3	3,5
Recettes.....	155,7	104,7	53,9	12,0	316,7

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

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

Exercice 2012

(En milliards d'euros)

	Fonds de solidarité vieillesse
Contribution sociale généralisée.....	10,0
Impôts et taxes.....	4,2
Produits financiers.....	0,0
Total.....	14,2

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté
par l'Assemblée nationale dans sa séance du 29 novembre 2011.*

Le Président,
Signé : BERNARD ACCOYER

ISBN : 2-1113-3018-3



9 782111 330184

ISSN 1240 - 8468

Imprimé par l'Assemblée nationale