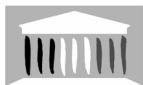


Le présent document est
établi à titre provisoire.
Seule la « Petite loi »,
publiée ultérieurement, a
valeur de texte authentique.



ASSEMBLÉE NATIONALE

SERVICE DE LA SÉANCE

DIVISION DES LOIS

1^{er} novembre 2008

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2009.

*Texte des articles
résultant des délibérations de l'Assemblée nationale
à l'issue de la troisième séance du 31 octobre 2008.*

*

* *

*(Le vote sur l'ensemble du projet de loi
de financement de la sécurité sociale pour 2009
aura lieu le mardi 4 novembre 2008.)*

PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2007

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2007, 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	167,6	172,7	-5,0
Vieillesse.....	169,0	172,9	-3,9
Famille	55,1	54,9	0,2
Accidents du travail et ma- ladies professionnelles	11,7	12,0	-0,4
Toutes branches (hors trans- ferts entre branches)	398,3	407,4	-9,1

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

(En milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	144,4	149,0	-4,6
Vieillesse.....	85,7	90,3	-4,6
Famille	54,6	54,5	0,2
Accidents du travail et ma- ladies professionnelles	10,2	10,6	-0,5
Toutes branches (hors trans- ferts entre branches)	290,0	299,5	-9,5

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	14,5	14,4	0,2
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	14,3	16,5	-2,2

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 147,8 milliards d'euros ;

5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, s'élevant à 1,8 milliard d'euros ;

6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 2,6 milliards d'euros.

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er}, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2007.

DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2008

Section 1

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

Article 3

Au titre de l'année 2008, sont rectifiés, conformément aux tableaux qui suivent :

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	175,4	179,4	-3,9
Vieillesse.....	175,7	181,2	-5,6
Famille	57,3	56,9	0,5
Accidents du travail et ma- ladies professionnelles	12,6	12,2	0,4
Toutes branches (hors trans- ferts entre branches)	415,6	424,3	-8,7

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	151,0	155,0	-4,0
Vieillesse.....	89,8	95,6	-5,7
Famille	56,9	56,4	0,4
Accidents du travail et ma- ladies professionnelles	11,0	10,6	0,4
Toutes branches (hors trans- ferts entre branches)	303,4	312,3	-8,9

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	15,3	14,4	0,9
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	14,4	17,0	-2,6

Article 4

I. – Au titre de l'année 2008, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,8 milliards d'euros.

II. – Au titre de l'année 2008, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à 1,9 milliard d'euros.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 5

La loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est ainsi modifiée :

1° Au II de l'article 60, le montant : « 301 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 201 millions d'euros » ;

2° À la première phrase de l'article 74, le montant : « 301 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 231 millions d'euros » ;

3° À l'article 78, le montant : « 75 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 55 millions d'euros ».

Article 6

Par dérogation aux dispositions de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite dans leur rédaction antérieure à la présente loi, les pensions mentionnées à ces articles, liquidées avec entrée en jouissance antérieure au 1^{er} septembre 2008, les cotisations et salaires relevant de l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale ayant donné lieu à un versement de cotisations jusqu'au 31 août 2008 qui servent de base au calcul des pensions dont l'entrée en jouissance est postérieure à cette même date, ainsi que les prestations dont les règles de revalorisation en vigueur au 1^{er} septembre 2008 sont identiques, sont revalorisés au 1^{er} septembre 2008 du coefficient de 1,008. Ce coefficient ne se substitue pas au coefficient de 1,011 appliqué au 1^{er} janvier 2008.

Pour l'application, au titre de l'année 2008, de l'ajustement prévu au deuxième alinéa de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, l'évolution des prix à la consommation hors tabac initialement prévue pour l'année 2008 et ayant servi de base pour la détermination de la revalorisation effectuée au 1^{er} janvier 2008 est majorée de 0,6 point.

Article 7

I. – Au titre de l'année 2008, 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	179,4
Vieillesse	181,2
Famille	56,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,2
Toutes branches (hors transferts entre	

branches)	424,3
-----------	-------

II. – Au titre de l'année 2008, 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	155,0
Vieillesse	95,6
Famille	56,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	312,3

Article 8

Au titre de l'année 2008, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie rectifié de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à :

(En milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Dépenses de soins de ville	71,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	48,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,5
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,9
Total	152,8

TROISIÈME PARTIE
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES
ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2009**

Article 9

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2009-2012), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Section 1

Reprise de dette

Article 10

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

1° À l'article 2, les références : « II et II *bis* » sont remplacées par les références : « II, II *bis* et II *ter* » ;

2° Après le II *bis* de l'article 4, il est inséré un II *ter* ainsi rédigé :

« II *ter*. – La couverture des déficits cumulés au 31 décembre 2008 des branches mentionnées aux 1° et 3° de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code est assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale effectués au cours de l'année 2009, dans la limite de 27 milliards d'euros. Ces déficits cumulés sont établis compte tenu des reprises de dette mentionnées aux I, II et II *bis* du présent article ainsi que des transferts résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale.

« Dans le cas où le montant total des déficits cumulés mentionnés à l'alinéa précédent excède 27 milliards d'euros, les transferts sont affectés par priorité à la couverture des déficits les plus anciens, et, pour le dernier exercice, dans l'ordre des branches et organismes fixé à l'alinéa précédent.

« Les montants et les dates des versements correspondants ainsi que, le cas échéant, de la régularisation au vu des montants définitifs des déficits de l'exercice 2008, sont fixés par décret.

« Sont considérées comme définitives les opérations de produits et de charges enregistrées de manière réciproque entre les branches du régime général et entre ces mêmes branches et le fonds de solidarité vieillesse au titre de l'exercice 2008 et des exercices précédents, sauf si une disposition législative dispose qu'il s'agit d'acomptes. » ;

3° L'article 6 est complété par un III ainsi rédigé :

« III. – Est également affectée à la Caisse d'amortissement de la dette sociale une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale. Cette fraction est fixée au IV de l'article L. 136-8 du même code. »

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

1° Au 2° du IV de l'article L. 136-8, le taux : « 1,05 % » est remplacé par le taux : « 0,85 % » et le taux : « 1,03 % » est remplacé par le taux : « 0,83 % »

2° Après le 4° du IV du même article, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° À la Caisse d'amortissement de la dette sociale instituée par l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, pour la part correspondant au taux de 0,2 %. » ;

3° Au 1° de l'article L. 135-3, les mots : « d'un taux de 1,05 % à l'assiette » sont remplacés par les mots : « des taux fixés au 2° du IV de l'article L. 136-8 aux assiettes ».

Section 2

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

Article 11

Le II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« 5 % au fonds mentionné à l'article L. 135-1 ; »

2° Au dernier alinéa, le pourcentage : « 15 % » est remplacé par le pourcentage : « 30 % ».

Article 12

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

1° *Supprimé*..... ;

2° À l'article L. 245-7, les mots : « , au profit du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie mentionné à l'article L. 862-1, » sont supprimés ;

3° Le *b* de l'article L. 862-2 est ainsi rédigé :

« *b*) Par les montants des déductions mentionnées au III de l'article L. 862-4 ; »

4° L'article L. 862-3 est ainsi modifié :

a) Le *a* est ainsi rédigé :

« *a*) Le produit de la contribution mentionnée au I de l'article L. 862-4 ; »

b) Les *c*, *d* et *e* sont abrogés ;

c) Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Tout ou partie du report à nouveau positif du fonds est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget. » ;

5° L'article L. 862-4 est ainsi modifié :

a) Au II, le taux : « 2,5 % » est remplacé par le taux : « 5,9 % » ;

b) Au III, le montant : « 85 € » est remplacé par le montant : « 92,50 € » ;

6° (*nouveau*) L'article L. 862-6 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le versement aux organismes visés au *a* de l'article L. 861-4 résultant de l'application du *a* de l'article L. 862-2 est inférieur aux dépenses réellement engagées par ces organismes, une fraction du produit de la contribution visée à l'article L. 862-4 égale à cette différence leur est affectée. » ;

7° (*nouveau*) L'article L. 862-7 est complété par un *e* ainsi rédigé :

« *e*) L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 établissent chaque année un rapport sur les comptes des organismes visés au I de l'article L. 862-4. Ce rapport fait apparaître l'évolution du montant des primes ou cotisations mentionnées à ce même I, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par ces organismes, du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent, de leur rapport de solvabilité ainsi que de leurs fonds propres et provisions techniques. Il est remis avant le 15 septembre au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale. Il est rendu public. »

II. – Tout ou partie du report à nouveau, au 1^{er} janvier 2009, du fonds mentionné à l'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale est affecté à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Article 13

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

1° Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} est complété par une section 9 ainsi rédigée :

« Section 9

« Forfait social

« Art. L. 137-15. – Les rémunérations ou gains assujettis à la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 et exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale définie au premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et au deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural sont soumis à une contribution à la charge de l'employeur, à l'exception :

« 1° De ceux assujettis à la contribution prévue à l'article L. 137-13 du présent code ;

« 2° Des contributions des employeurs mentionnées au 2° des articles L. 242-1 du présent code et L. 741-10 du code rural ;

« 3° Des indemnités exclues de l'assiette des cotisations de sécurité sociale en application du douzième alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural ;

« 4° De l'avantage prévu à l'article L. 411-9 du code du tourisme.

« Art. L. 137-16. – Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15 est fixé à 2 %.

« Art. L. 137-17. – Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables au recouvrement et au contrôle de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15. » ;

2° L'article L. 241-2 est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15. »

II. – Le I est applicable aux sommes versées à compter du 1^{er} janvier 2009.

Article 13 bis (nouveau)

Le douzième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, les indemnités d'un montant supérieur à trente fois le plafond annuel défini par l'article L. 241-3 du présent code sont intégralement assimilées à des rémunérations pour le calcul des cotisations visées au premier alinéa du présent article. »

Article 14

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

1° Le II de l'article L. 138-10 est ainsi modifié :

a) Aux premier et avant-dernier alinéas, les mots : « la liste mentionnée à l'article » sont remplacés par les mots : « les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et » ;

b) Au premier alinéa, les mots : « ladite liste » sont remplacés par les mots : « ces listes » ;

c) Au dernier alinéa, les mots : « médicaments mentionnés à l'article » sont remplacés par les mots : « spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-22-7 du présent code et » ;

2° L'article L. 245-5-1 A est ainsi rédigé :

« *Art. L. 245-5-1 A.* – La contribution est versée pour moitié au plus tard le 1^{er} juin de chaque année et, pour le solde, au plus tard le 1^{er} décembre de chaque année. » ;

3° Le premier alinéa de l'article L. 245-5-5 est ainsi rédigé :

« La contribution est versée pour moitié au plus tard le 1^{er} juin de chaque année et pour le solde au plus tard le 1^{er} décembre de chaque année. » ;

4° *Supprimé*.....

I bis (nouveau). – Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale due au titre du

chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année 2009 est fixé, à titre exceptionnel, à 1 %.

II. – Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2009 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 1,4 % est substitué au taux K mentionné dans les tableaux figurant au même article.

III. – Le 1^{er} du I est applicable à compter du 1^{er} janvier 2010. Le I *bis* est applicable pour la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé à partir du 1^{er} janvier 2009.

Article 15

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

1^o L'article 402 *bis* est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le tarif du droit de consommation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il 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. Il est publié au *Journal officiel* par arrêté du ministre chargé du budget. » ;

2^o Le II de l'article 403 est ainsi rédigé :

« II. – Le tarif du droit de consommation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il 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. Il est publié au *Journal officiel* par arrêté du ministre chargé du budget. » ;

3^o L'article 438 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le tarif du droit de circulation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il 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. Il est publié au *Journal officiel* par arrêté du ministre chargé du budget. » ;

4° Le *a* du I de l'article 520 A est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le tarif du droit spécifique est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il 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. Il est publié au *Journal officiel* par arrêté du ministre chargé du budget. »

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

1° Le II de l'article L. 131-8 est ainsi modifié :

a) Les 2°, 3°, 4° et 5° sont abrogés ;

b) Au 10°, le taux : « 10,26 % » est remplacé par le taux : « 37,95 % » ;

1° *bis* (nouveau) À l'article L. 245-9, le montant : « 0,13 € » est remplacé par le montant : « 0,16 € » ;

2° Le même article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le tarif de la cotisation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il 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. Il est publié au *Journal officiel* par arrêté du ministre chargé du budget. »

Article 16

I. – Le code rural est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 721-1 est complété par les mots : « et conjointement, pour ce qui concerne la protection sociale agricole, du ministre chargé de la sécurité sociale » ;

2° L'article L. 723-12 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa du II, les mots : « et des dispositions des articles L. 731-1 à L. 731-5 » sont supprimés ;

b) Le II *bis* est ainsi rédigé :

« II *bis*. – Le conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole est saisi pour avis de tout projet de loi ou de tout projet de mesure réglementaire ayant des incidences sur les régimes obligatoires de protection sociale des salariés et des non-salariés des professions agricoles, sur l'action sanitaire et sociale ou sur l'équilibre financier de ces régimes, et notamment des projets de loi de financement de la sécurité sociale. Les avis sont motivés.

« Le conseil peut également faire toutes propositions de modification de nature législative ou réglementaire dans son domaine de compétence.

« Le Gouvernement transmet au Parlement les avis rendus sur les projets de loi et les propositions de modification de nature législative. Il fait connaître dans un délai d'un mois les suites qu'il réserve aux propositions de modification de nature réglementaire.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent II *bis*, et notamment les délais dans lesquels le conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole rend ses avis. » ;

3° La première phrase de l'article L. 723-34 est supprimée et, au début de la seconde phrase du même article, le mot : « Le » est remplacé par le mot : « Un » ;

4° La section 1 du chapitre I^{er} du titre III du livre VII est ainsi rédigée :

« Section 1

« **Ressources du régime de protection sociale
des non-salariés agricoles**

« Art. L. 731-1. – La mutualité sociale agricole est chargée de la gestion et du service des prestations sociales des non-salariés agricoles, de la gestion des participations et contributions mises à la charge du régime de protection sociale des non-salariés agricoles ainsi que du recouvrement des contributions et cotisations correspondantes et de la gestion de la trésorerie des différentes branches du régime.

« Art. L. 731-2. – Le financement des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par :

« 1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-salariés agricoles ;

« 2° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du même code ;

« 3° Une fraction du produit des contributions mentionnées aux articles L. 138-1 et L. 138-10 du même code, déterminée dans les conditions fixées à l'article L. 138-8 du même code ;

« 3°*bis* (nouveau) Le produit du droit de consommation sur les produits intermédiaires mentionné à l'article 402 *bis* du code général des impôts ;

« 3°*ter* (nouveau) Une fraction égale à 65,6 % du produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;

« 3°*quater* (nouveau) Le produit du droit sur les bières et les boissons non alcoolisées mentionné à l'article 520 A du même code ;

« 3°*quinquies* (nouveau) Le produit de la cotisation sur les boissons alcooliques instituée par l'article L. 245-7 du code de la sécurité sociale ;

« 4° Une fraction du produit du droit de consommation mentionné à l'article 575 du code général des impôts, déterminée par l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 ;

« 5° Le produit des taxes mentionnées aux articles 1010, 1609 *vicies* et 1618 *septies* du code général des impôts ;

« 6° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance maladie et maternité, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ;

« 7° Les subventions du fonds spécial d'invalidité mentionné à l'article L. 815-26 du même code ;

« 8° Le remboursement versé par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en application de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles ;

« 9° Une dotation de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés destinée à assurer l'équilibre financier de la branche ;

« 10° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;

« 11° Toute autre ressource prévue par la loi.

« *Art. L. 731-3.* – Le financement des prestations d'assurance vieillesse et veuvage du régime de protection sociale des non-salariés agricoles est assuré par :

« 1° La fraction des cotisations dues par les assujettis affectée au service des prestations d'assurance vieillesse et veuvage des non-salariés agricoles ;

« 2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées à l'article L. 731-23 ;

« 3° Le produit des droits de consommation sur les alcools mentionnés au I de l'article 403 du code général des impôts ;

« 4° Une fraction égale à 34,4 % du produit du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du même code ;

« 5° Le versement du solde de compensation résultant, pour l'assurance vieillesse, de l'application de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale ;

« 6° La contribution du fonds mentionné à l'article L. 135-1 du même code, dans les conditions prévues par l'article L. 135-2 de ce code ;

« 7° Les impôts, taxes et amendes qui sont affectés à la branche ;

« 8° Toute autre ressource prévue par la loi.

« Art. L. 731-4. – La couverture des prestations familiales servies aux non-salariés agricoles est assurée dans les conditions prévues à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale.

« Art. L. 731-5. – La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole peut recourir à des ressources non permanentes dans les limites prévues par la loi de financement de la sécurité sociale de l'année. La convention conclue entre la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole et les établissements financiers est approuvée par les ministres chargés de l'agriculture, de la sécurité sociale et du budget. » ;

5° Le dernier alinéa de l'article L. 731-10 est supprimé ;

6° À l'article L. 762-1-1, les mots : « le fonds mentionné à l'article L. 731-1 comporte » sont remplacés par les mots : « la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole retrace ».

II. – Après l'article L. 134-11 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 4 *bis* ainsi rédigée :

« Section 4 bis

**« Relations financières entre le régime général
et le régime des non-salariés agricoles**

« Art. L. 134-11-1. – La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés retrace en solde, au titre du régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des non-

salariés agricoles, dans les comptes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, la différence entre les charges et les produits afférents aux prestations servies aux bénéficiaires de ce régime.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. »

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

1° Au premier alinéa du I de l'article 1609 *vicies* et au premier alinéa de l'article 1618 *septies*, les mots : « au profit du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles mentionné à l'article L. 731-1 du code rural » sont supprimés ;

2° À la fin du XIII de l'article 1647, les mots : « , conformément à l'article L. 731-8 du code rural » sont supprimés.

IV. – Les droits et obligations du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles et de l'établissement de gestion du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles sont transférés, à compter du 1^{er} janvier 2009, à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole. Ce transfert est effectué à titre gratuit et ne donne lieu ni à imposition ni à rémunération.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent IV, notamment les conditions dans lesquelles un service de liquidation de l'établissement de gestion du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles permet de clôturer les opérations financières et comptables du fonds au titre de l'année 2008 et le transfert des opérations afférentes aux exercices 2008 et antérieurs est neutre pour les comptes de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

Article 17

Le code rural est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 731-10, il est inséré un article L. 731-10-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 731-10-1.* – Les cotisations dues par les personnes mentionnées aux articles L. 722-9, L. 722-10 et L. 722-15 sont fixées pour chaque année civile. Pour le calcul de ces cotisations, la situation du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole est appréciée au premier jour de l'année civile au titre de laquelle elles sont dues.

« En cas de cessation d'activité au cours d'une année civile, le chef d'exploitation ou d'entreprise agricole est tenu au paiement des cotisations mentionnées au premier alinéa au titre de l'année civile entière.

« En cas de décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, les cotisations mentionnées au premier alinéa dues au titre de l'année au cours de laquelle est survenu le décès sont calculées au prorata de la fraction de l'année considérée comprise entre le 1^{er} janvier et la date du décès. Toutefois, le conjoint survivant peut opter pour le calcul des cotisations d'assurance vieillesse prévu au premier alinéa. » ;

2° Après l'article L. 741-10-3, il est inséré un article L. 741-10-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 741-10-4.* – N'est pas considérée comme une rémunération au sens de l'article L. 741-10 la fraction de la gratification, en espèces ou en nature, versée aux personnes mentionnées aux 1° et 8° du II de l'article L. 751-1 qui n'excède pas, au titre d'un mois civil, le produit d'un pourcentage, fixé par décret, du plafond horaire mentionné au *a* du II de l'article L. 741-9 et du nombre d'heures de stage effectuées au cours du mois considéré. » ;

3° Au 1° de l'article L. 725-24, les références : « , L. 741-16 et L. 751-18 » sont remplacées par le mot et la référence : « et L. 741-16 » ;

4° Aux III et IV de l'article L. 741-16, la référence : « L. 122-3-18 du code du travail » est remplacée par la référence : « L. 718-4 » ;

5° Le II de l'article L. 751-1 est complété par un 8° ainsi rédigé :

« 8° Les élèves et étudiants des établissements autres que ceux mentionnés au 1° effectuant, auprès d'un employeur relevant du régime agricole, un stage dans les conditions définies à l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances, pour les accidents survenus par le fait ou à l'occasion de stages effectués dans le cadre de leur scolarité ou de leurs études. » ;

6° Le premier alinéa de l'article L. 751-8 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, l'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux personnes mentionnées au 8° du II de l'article L. 751-1 du présent code. » ;

6°*bis (nouveau)* L'article L. 751-10 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les cotisations dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ne peuvent faire l'objet d'une exonération totale, y compris lorsque celle-ci ne porte que sur une partie de la rémunération. » ;

7° L'article L. 751-18 est abrogé.

Article 17 bis (nouveau)

Le troisième alinéa de l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pour les sociétés et entreprises assujetties à la contribution exceptionnelle mentionnée à l'article L. 138-1, sont exclus de l'assiette le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution mentionnée à l'article L. 138-1 et la partie supérieure à 400 € du prix de vente hors taxe aux officines des spécialités inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17 augmenté de la marge maximum que ces entreprises sont autorisées à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38. »

Article 18

I. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° Après le 3° de l'article L. 2241-2, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Les modalités de prise en charge par l'employeur des frais de transport des salariés dans les conditions prévues aux articles L. 3261-1 à L. 3261-5. » ;

2° Après le 2° de l'article de l'article L. 2242-8, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Les modalités de prise en charge par l'employeur des frais de transport des salariés dans les conditions prévues aux articles L. 3261-1 à L. 3261-5. » ;

3° Après l'article L. 3261-1, la fin du chapitre I^{er} du titre VI du livre II de la troisième partie est ainsi rédigée :

« Section 2

« **Prise en charge des frais de transports publics**

« Art. L. 3261-2. – L'employeur prend en charge, dans une proportion et des conditions déterminées par voie réglementaire, le prix des titres d'abonnements souscrits par ses salariés pour leurs déplacements entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail accomplis au moyen de transports publics de personnes ou de services publics de location de vélos.

« Section 3

« **Prise en charge des frais de transports personnels**

« Art. L. 3261-3. – L'employeur peut prendre en charge, dans les conditions prévues à l'article L. 3261-4, tout ou partie des frais de carburant engagés pour leurs déplacements entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail par ceux de ses salariés :

« 1° Dont la résidence habituelle ou le lieu de travail est situé en dehors de la région d'Île-de-France et d'un périmètre de transports urbains défini par l'article 27 de la loi n° 82-1153 du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs ;

« 2° Ou pour lesquels l'utilisation d'un véhicule personnel est rendue indispensable par des conditions d'horaires de travail particuliers ne permettant pas d'emprunter un mode collectif de transport.

« Le bénéfice de cette prise en charge ne peut être cumulé avec celle prévue à l'article L. 3261-2.

« *Art. L. 3261-4.* – La prise en charge des frais de carburant mentionnée à l'article L. 3261-3 est mise en œuvre :

« 1° Pour les entreprises entrant dans le champ d'application de l'article L. 2242-1, par accord entre l'employeur et les représentants d'organisations syndicales représentatives dans l'entreprise ;

« 2° Pour les autres entreprises, par décision unilatérale de l'employeur après consultation du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel s'il en existe.

« Lors de la négociation de l'accord mentionné au 1°, l'employeur propose la mise en place, en liaison avec les autorités organisatrices des transports compétentes, d'un plan de mobilité mentionné au 6° de l'article 28-1 de la loi n° 82-1153 du 30 décembre 1982 d'orientation des transports intérieurs.

« Section 4

« Dispositions d'application

« *Art. L. 3261-5.* – Un décret en Conseil d'État détermine les modalités des prises en charge prévues par les articles L. 3261-2 et L. 3261-3, notamment pour les salariés ayant plusieurs employeurs et les salariés à temps partiel, ainsi que les sanctions pour contravention aux dispositions du présent chapitre. »

II. – Le *b* du 19° *ter* de l'article 81 du code général des impôts est ainsi rédigé :

« *b)* L'avantage résultant de la prise en charge par l'employeur des frais de carburant engagés par les salariés dans les conditions prévues à l'article L. 3261-3 du code du travail et dans la limite de la somme de 200 € par an ; ».

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

1° L'article L. 131-4-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 131-4-1.* – Les sommes versées par l'employeur à ses salariés en application de l'article L. 3261-3 du code du travail sont exonérées de toute cotisation et contribution d'origine légale ou d'origine conventionnelle rendue obligatoire par la loi, dans la limite prévue au *b* du 19° *ter* de l'article 81 du code général des impôts.

« Le présent article est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon. » ;

2° À l'article L. 131-4-3, les mots : « ou les chèques-transport visés à l'article L. 131-4-1 » sont supprimés.

Article 19

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

1° Au 3° *ter* de l'article L. 225-1-1, les mots : « lesdits organismes » sont remplacés par les mots : « les organismes de recouvrement à saisir le comité mentionné à l'article L. 243-7-2 et » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 243-6-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette possibilité est ouverte également à un cotisant appartenant à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce en cas d'interprétations contradictoires concernant toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même ensemble. » ;

3° L'article L. 243-6-3 est ainsi modifié :

a) Le neuvième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Si le demandeur appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce et que sa demande comporte expressément ces précisions, la décision s'applique à toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même ensemble. » ;

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

« Il en est de même si le demandeur appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce et que la décision explicite prise par l'organisme dont il relevait précédemment le précise. » ;

c) (*nouveau*) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État définit les conditions dans lesquelles les décisions rendues par les organismes de recouvrement font l'objet d'une publicité. » ;

4° Après l'article L. 243-6-3, il est inséré un article L. 243-6-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-6-4.* – Dans le cas d'un changement d'organisme de recouvrement lié à un changement d'implantation géographique de l'entreprise ou de l'un de ses établissements, un cotisant peut se prévaloir, auprès du nouvel organisme, des décisions explicites rendues par le précédent organisme dont il relevait, dès lors qu'il établit que sa situation de fait ou de droit est identique à celle prise en compte par le précédent organisme. » ;

5° L'article L. 243-7-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-7-2.* – Afin d'en restituer le véritable caractère, les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 sont en droit d'écarter, comme ne leur étant pas opposables, les actes constitutifs d'un abus de droit, soit que ces actes aient un caractère fictif, soit que, recherchant le bénéfice d'une application littérale des textes ou de décisions à l'encontre des objectifs poursuivis par leurs auteurs, ils n'aient pu être inspirés par aucun autre motif que celui d'éluder ou d'atténuer les contributions et cotisations sociales d'origine légale ou conventionnelle auxquelles le cotisant est tenu au titre de la législation sociale ou que le cotisant, s'il n'avait pas passé ces actes, aurait normalement supportées, eu égard à sa situation ou à ses activités réelles.

« En cas de désaccord sur les rectifications notifiées sur le fondement du premier alinéa, le litige est soumis, à la demande du cotisant, à l'avis du comité des abus de droit. Les organismes de recouvrement peuvent également, dans les conditions prévues par l'article L. 225-1-1, soumettre le litige à l'avis du comité. Si ces organismes ne se conforment pas à l'avis du comité, ils doivent apporter la preuve du bien-fondé de leur rectification. En cas d'avis du comité favorable aux organismes, la charge de la preuve devant le juge revient au cotisant.

« La procédure définie au présent article n'est pas applicable aux actes pour lesquels un cotisant a préalablement fait usage des dispositions des articles L. 243-6-1 et L. 243-6-3 en fournissant aux organismes concernés tous éléments utiles pour apprécier la portée véritable de ces actes et que ces organismes n'ont pas répondu dans les délais requis.

« L'abus de droit entraîne l'application d'une pénalité égale à 20 % des cotisations et contributions dues.

« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article, notamment la composition, l'organisation et le fonctionnement du comité des abus de droit. » ;

6° Après l'article L. 243-7-2, il est inséré un article L. 243-7-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-7-3.* – Si l'employeur appartient à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce, en cas de constatation d'une infraction de travail dissimulé par procès-verbal établi à son encontre, la société-mère ou la société holding de cet ensemble sont tenues subsidiairement et solidairement au paiement des contributions et cotisations sociales ainsi que des majorations et pénalités dues à la suite de ce constat. »

II (*nouveau*). – Le dernier alinéa de l'article L. 725-24 du code rural est complété par les mots : « , notamment les conditions dans lesquelles les décisions rendues par les organismes de recouvrement font l'objet d'une publicité ».

Article 20

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

1° L'article L. 131-6 est ainsi modifié :

a) La première phrase du deuxième alinéa est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Le revenu d'activité pris en compte est déterminé par référence à celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Ce revenu est majoré des déductions et exonérations mentionnées aux articles 44 *sexies*, 44 *sexies* A, 44 *octies*, 44 *octies* A, 44 *undecies* et 151 *septies* A et au deuxième alinéa du I de l'article 154 *bis* du code général des impôts, à l'exception des cotisations versées aux régimes facultatifs par les assurés ayant adhéré à ces régimes avant la date d'effet de l'article 24 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle. » ;

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

« Pour les sociétés d'exercice libéral visées à l'article 1^{er} de la loi n° 90-1258 du 31 décembre 1990 relative à l'exercice sous forme de sociétés des professions libérales soumises à un statut législatif ou réglementaire ou dont le titre est protégé et aux sociétés de participations financières de professions libérales, est également prise en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur non salarié non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés et des revenus visés au 4° de l'article 124 du même code qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission et des sommes versées en compte courant détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. Un décret en Conseil d'État précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du présent alinéa ainsi que les modalités de prise en compte des sommes versées en compte courant. » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 131-6-1, les mots : « quatrième et sixième » et « du dernier alinéa de l'article L. 131-6 » sont remplacés respectivement par les mots : « cinquième et dernier » et « de l'article L. 133-6-8 » ;

3° À la première phrase du premier alinéa de l'article L. 133-6-8, les mots : « quatrième et sixième » sont remplacés par les mots : « cinquième et dernier » ;

4° À la fin du premier alinéa du I de l'article L. 136-6, la référence : « de l'article L. 136-7 » est remplacée par les références : « des articles L. 136-3 et L. 136-7 » ;

5° La première phrase du 1° du I de l'article L. 136-7 est complétée par les mots : « à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre de l'article L. 136-3 » ;

6° Au deuxième alinéa de l'article L. 642-2, les mots : « et troisième » sont remplacés par le mot : « , troisième et quatrième » ;

7° À l'article L. 722-4, les mots : « et sur leurs avantages de retraite » sont remplacés par les mots : « , appréciés conformément aux deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 131-6 » ;

8° Au deuxième alinéa de l'article L. 723-5 et au premier alinéa de l'article L. 723-15, les mots : « au deuxième alinéa » sont remplacés par le mot : « aux deuxième et troisième alinéas » ;

9° L'article L. 756-5 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, le mot : « quatrième » est remplacé par le mot : « cinquième » ;

b) Au dernier alinéa, le mot : « sixième » est remplacé par le mot : « dernier ».

II. – Le I est applicable aux revenus distribués à compter du 1^{er} janvier 2009.

Article 20 bis (nouveau)

I. – L'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1 du III est ainsi modifié :

a) À l'avant-dernier alinéa, les mots : « en 2006 » sont supprimés ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

2° Au 2 du III, les mots : « à l'arrêté mentionné au » sont remplacés par les mots : « au dernier alinéa du » ;

3° À la première phrase du premier alinéa du V, les mots : « remettra au Parlement en 2008 et en 2009 » sont remplacés par les mots : « remet chaque année au Parlement ».

II. – Les 1° et 2° du I s'appliquent à compter de l'exercice 2008.

Article 21

I. – La dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Ces taux particuliers sont également applicables aux assurés d'un régime français d'assurance maladie exonérés en tout ou partie d'impôts directs en application d'une convention ou d'un accord international, au titre de leurs revenus d'activité définis aux articles L. 131-6 et L. 242-1 qui ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu. Les cotisations prévues au présent alinéa sont assises sur la totalité des revenus d'activité ou de remplacement entrant dans le champ de cet alinéa. »

II (nouveau). – À la deuxième phrase du troisième alinéa de l'article L. 761-10 du code rural ainsi qu'au dernier alinéa de l'article L. 161-25-3, à la dernière phrase du dernier alinéa du II de l'article L. 242-13 et au premier alinéa du IV de l'article L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale, la référence : « L. 131-7-1 » est remplacée par la référence : « L. 131-9 ».

Article 22

I. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable pour :

1° L'exonération mentionnée à l'article L. 131-4-1 du même code ;

2° ~~La perte de recettes liée à~~ L'exonération, pour leur fraction non assujettie à l'impôt sur le revenu, des indemnités versées à l'occasion de la rupture conventionnelle du contrat de travail mentionnées au douzième alinéa de l'article L. 242-1 du même code et au troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural ;

3° L'exonération mentionnée aux articles L. 242-4-2 du code de la sécurité sociale et L. 741-10-3 du code rural ;

4° L'exonération mentionnée à l'article L. 242-4-3 du code de la sécurité sociale ;

5° L'exclusion d'assiette mentionnée à l'article L. 741-10-4 du code rural ;

6° L'exclusion d'assiette attachée à la prise en charge mentionnée à l'article L. 3261-2 du code du travail ;

7° L'exonération mentionnée au II de l'article 7 de la loi n° 2008-111 du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat ;

8° L'exonération mentionnée au quatrième alinéa du VI de l'article 1^{er} de la loi n° du en faveur des revenus du travail.

II. – Le I est applicable :

1° À compter du 1^{er} janvier 2008 en ce qui concerne le 3° ;

2° À compter du 9 février 2008 en ce qui concerne le 7° ;

3° À compter du 27 juin 2008 en ce qui concerne le 2° ;

4° À compter du 22 août 2008 en ce qui concerne le 4° ;

5° À compter de la publication de la loi n° du en faveur des revenus du travail en ce qui concerne le

8°.

Article 23

Est approuvé le montant de 3,4 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 2009.

Section 3

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 24

Pour l'année 2009, 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
<u>Maladie</u>	183,1
<u>Vieillesse</u>	183,3
<u>Famille</u>	59,1
<u>Accidents du travail et maladies professionnelles</u>	13,1
<u>Toutes branches (hors transferts entre branches)</u>	432,6

 ;

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

(En milliards d'euros)

	Prévisions de recettes
<u>Maladie</u>	157,3
<u>Vieillesse</u>	95,3
<u>Famille</u>	58,6
<u>Accidents du travail et maladies professionnelles</u>	11,4
<u>Toutes branches (hors transferts entre branches)</u>	316,8

 ;

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	14,1

Article 25

Pour l'année 2009, 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
<u>Maladie</u>	<u>183,1</u>	<u>185,6</u>	<u>-2,5</u>
<u>Vieillesse</u>	<u>183,3</u>	<u>190,3</u>	<u>-7,0</u>
<u>Famille</u>	<u>59,1</u>	<u>59,3</u>	<u>-0,2</u>
<u>Accidents du travail et maladies professionnelles</u>	<u>13,1</u>	<u>13,0</u>	<u>0,1</u>
<u>Toutes branches (hors transferts entre branches)</u>	<u>432,7</u>	<u>442,2</u>	<u>-9,5</u>

Article 26

Pour l'année 2009, 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
<u>Maladie</u>	<u>157,3</u>	<u>160,7</u>	<u>-3,3</u>
<u>Vieillesse</u>	<u>95,3</u>	<u>100,3</u>	<u>-5,0</u>
<u>Famille</u>	<u>58,6</u>	<u>58,9</u>	<u>-0,2</u>
<u>Accidents du travail et maladies professionnelles</u>	<u>11,4</u>	<u>11,4</u>	<u>0,0</u>
<u>Toutes branches (hors transferts entre branches)</u>	<u>316,8</u>	<u>325,4</u>	<u>-8,6</u>

Article 27

Pour l'année 2009, 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	14,1	14,9	-0,8

Article 28

I. – Pour l'année 2009, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 4,1 milliards d'euros.

II. – Pour l'année 2009, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	<u>Prévisions de recettes</u>
Prélèvements sociaux sur les revenus du capital	<u>1,7</u>
Affectation de l'excédent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés	-
Affectation de l'excédent du Fonds de solidarité vieillesse	-
Avoirs d'assurance sur la vie en déshérence	<u>0,0</u>
Revenus exceptionnels (privatisations)	-
Autres recettes affectées	<u>0,0</u>
Total	<u>1,7</u>

Section 4

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 29

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

1° Après l'article L. 225-1-2, il est inséré un article L. 225-1-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 225-1-3.* – Les régimes obligatoires de base autres que le régime général ainsi que les organismes et fonds mentionnés au 8° du III de l'article L.O. 111-4 peuvent déposer, contre rémunération, tout ou partie de leurs disponibilités auprès de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

« Les modalités du dépôt sont fixées par une convention qui est soumise à l'approbation des ministres de tutelle de l'agence et du régime, de l'organisme ou du fonds concerné.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article. » ;

2° L'article L. 255-1 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 255-1.* – Les intérêts créditeurs et débiteurs résultant de la gestion de trésorerie prévue au premier alinéa de l'article L. 225-1 et à l'article L. 225-1-3 ainsi que les produits résultant de celle prévue au dernier alinéa de l'article L. 225-1 sont affectés aux branches gérées par les caisses nationales et aux régimes, organismes et fonds mentionnés à l'article L. 225-1-3 sur la base du solde comptable quotidien de leur trésorerie constaté par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

« Un décret en Conseil d'État précise les conditions d'application du présent article. »

II. – Le I est applicable aux conventions conclues à compter de 2008.

Article 29 bis (nouveau)

Le Gouvernement transmet chaque année au Parlement, avant le 15 octobre, un rapport présentant un bilan de la politique financière d'emprunt ou de placement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et des organismes financés par ces régimes ainsi que des organismes et des fonds visés au 8° du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale.

Article 30

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

(En millions d'euros)

	Montants limites
Régime général - Agence centrale des organismes de sécurité sociale	17 000
Régime des exploitants agricoles - Caisse centrale de la mutualité sociale agricole	3 200
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État	100
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	700
Caisse nationale des industries électriques et gazières	600
Caisse de retraite et de prévoyance du personnel de la Société nationale des chemins de fer	2 100
Caisse de retraites du personnel de la Régie autonome des transports parisiens	50

Par dérogation au tableau ci-dessus, le montant maximal de ressources non permanentes auxquelles peut recourir le régime général est fixé à 35 milliards d'euros entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 mars 2009.

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2009

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 31

I. – Après l'article L. 162-14-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-14-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-14-3.* – L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire peut participer à la négociation et à la conclusion d'un accord, d'une convention ou d'un avenant prévus aux articles L. 162-1-13, L. 162-12-17, L. 162-12-18, L. 162-12-20, L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1, ~~L. 162-3~~, L. 165-6 et L. 322-5-1. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie informe l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de son intention d'ouvrir une négociation. L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire fait part, dans un délai fixé par décret, de sa décision d'y participer. En ce cas, elle peut demander à être auditionnée par le conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Les accords, conventions ou avenants concernant des professions ou prestations, définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour lesquelles la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est minoritaire, ne sont valides que s'ils sont également conclus par l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« En cas de refus de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de conclure un accord, une convention ou un avenant, constaté dans des conditions fixées par décret, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fait part aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale du constat de désaccord. S'il s'agit d'un accord, d'une convention ou d'un avenant mentionnés au deuxième alinéa, elle

ne peut alors leur transmettre l'accord, la convention ou l'avenant en vue de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 qu'après un délai minimal fixé par décret.

« Un décret fixe les conditions d'application du présent article. »

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 162-15 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« 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. »

III. – Le dernier alinéa de l'article L. 182-2 du même code est supprimé.

IV. – L'article L. 182-3 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« La décision de signer un accord, une convention ou un avenant mentionnés à l'article L. 162-14-3 est prise par le conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Elle est prise à la majorité de 60 % au moins des voix exprimées en ce qui concerne les accords mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3.

« L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire transmet, avant le 15 juin de chaque année, au Parlement et au ministre chargé de la sécurité sociale, un bilan détaillé des négociations auxquelles elle a décidé de participer en application de l'article L. 162-14-3, ainsi que de la mise en œuvre des accords, conventions ou avenants qu'elle a signés à l'issue de ces négociations. »

V. – 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° *Supprimé*..... ;

2° Le deuxième alinéa du II est ainsi rédigé :

« Un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale précise les limites dans lesquelles les missions régionales de santé fixent les montants des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins, ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de ces rémunérations pour chaque mission régionale volontaire. » ;

3° Au troisième alinéa du II, les mots : « au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville » sont remplacés par les mots : « aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale ».

Article 31 bis (nouveau)

Par dérogation aux articles L. 162-9 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, la part prise en charge par l'assurance maladie des cotisations exigibles en 2009 en application de l'article L. 722-4 du même code par les chirurgiens-dentistes exerçant dans le cadre de la convention prévue à l'article L. 162-9 du même code, est déterminée par une décision du directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie, prise après avis des organisations syndicales nationales représentatives de la profession.

Article 32

I. – L'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces propositions sont accompagnées d'un bilan détaillé de la mise en œuvre et de l'impact financier des propositions de l'année précédente qui ont été retenues dans le cadre de la mise en œuvre de la loi de financement de la sécurité sociale, ainsi que des négociations avec les professionnels de santé conduites en vertu de l'article L. 182-2. »

II (nouveau). – Le troisième alinéa de l'article L. 114-4-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il analyse les conditions d'exécution de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'année précédente et le

risque qui en résulte pour le respect de l'objectif de l'année en cours. »

III (*nouveau*). – À la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 du même code, après le mot : « transmises », sont insérés les mots : « dans un délai d'un mois ».

Article 33

Après l'article L. 183-1-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 183-1-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 183-1-3.* – Les unions régionales des caisses d'assurance maladie concluent avec chaque enseignant des universités titulaire ou non titulaire de médecine générale relevant de l'article L. 952-23-1 du code de l'éducation un contrat sur la base duquel il perçoit une rémunération complémentaire aux revenus issus de l'exercice de ses fonctions de soins en médecine générale.

« Ces contrats prévoient des engagements individualisés qui peuvent porter sur les modalités d'exercice, la prescription, la participation à toute action d'amélioration des pratiques, la participation à des actions de dépistage et de prévention et à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, ainsi que la participation à la permanence de soins. Ils sont approuvés, préalablement à leur signature, par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

Article 33 bis (*nouveau*)

I. – L'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase est ainsi rédigée :

« Le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 182-2 fixe le montant de cette contribution forfaitaire. » ;

2° La dernière phrase est supprimée.

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} avril 2009. Avant cette date, les conventions mentionnées au I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale peuvent définir des dérogations à l'obligation prévue à l'article L. 161-35 du même code, en tenant compte notamment du volume de feuilles de soins papier ou autres documents papier servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, de produits ou de prestations remboursables et, le cas échéant, de l'ancienneté d'exercice des professionnels.

Article 34

I. – Le premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au-delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel validé par la Haute Autorité de santé sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

II. – Au septième alinéa de l'article L. 315-2 du même code, les mots : « par décret » sont remplacés par les mots : « par décision du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie ».

Article 34 bis (nouveau)

Le troisième alinéa de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les organismes locaux d'assurance maladie mettent à la disposition des patients la liste des médecins conventionnés et des centres de santé ayant conclu un contrat tel que mentionné au premier alinéa. »

Article 35

I. – La section 5 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 161-36-4-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-36-4-3.* – Le groupement d'intérêt public chargé du développement des systèmes d'information de santé partagés bénéficie pour son financement d'une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie. Le montant de cette dotation est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

II (*nouveau*). – Après la deuxième phrase de l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Son élaboration et sa mise en œuvre sont assurées par le groupement d'intérêt public visé à l'article L. 161-36-4-3 du code de la sécurité sociale. »

Article 35 bis (*nouveau*)

I. – Après l'article L. 161-36-3-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-36-3-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-36-3-2.* - Avant la date prévue au dernier alinéa de l'article L. 161-36-1, un dossier médical implanté sur un dispositif portable d'hébergement de données informatiques est remis, à titre expérimental, à un échantillon de bénéficiaires de l'assurance maladie atteints d'une des affections mentionnées aux 3^o ou 4^o de l'article L. 322-3.

« Le groupement d'intérêt public prévu à l'article L. 161-36-4-3 fixe la liste des régions dans lesquelles est menée cette expérimentation.

« Le deuxième alinéa de l'article L. 161-36-1 et l'article L. 161-36-3-1 ne sont pas applicables aux dossiers médicaux créés en application du présent article.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article, garantissant notamment la confidentialité des données contenues par les dossiers médicaux personnels. »

II. – Après le mot : « applicables », la fin du dernier alinéa de l'article L. 161-36-1 du même code est ainsi rédigée : « dès que l'utilisation du dossier médical personnel est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la présente section. »

III. – Le deuxième alinéa de l'article L. 161-36-2 du code de la sécurité sociale s'applique dès que l'utilisation du dossier médical personnel est possible sur l'ensemble des territoires auxquels s'applique la section 5 du chapitre I^{er} du titre VI du livre 1 du même code.

Article 36

I. – Après l'article L. 162-22-7-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-7-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-22-7-2. – L'État arrête, sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques et des produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes à ces spécialités et à ces produits et prestations.

« Lorsqu'elle estime, compte tenu des référentiels et recommandations élaborés par la Haute Autorité de santé, l'Institut national du cancer et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, que le dépassement de ce taux par un établissement de santé n'est pas justifié, l'agence régionale de l'hospitalisation peut décider de conclure, pour une durée d'un an, avec les autres signataires du contrat de bon usage des médicaments et des produits et prestations mentionné à l'article L. 162-22-7, un plan d'actions visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques de cet établissement.

« En cas de refus de l'établissement de signer ce plan ou si l'établissement ne respecte pas le plan auquel il a souscrit, le remboursement de la part prise en charge par l'assurance maladie peut être réduit à concurrence de 10 %, pour une durée d'un an, en fonction des manquements observés, après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations. Le cas échéant, cette réduction se cumule avec celle résultant de l'article L. 162-22-7, dans la limite maximale de 30 %. La différence entre le montant remboursable et le montant remboursé ne peut être facturée aux patients. »

II. – Après l'article L. 162-5-16 du même code, il est inséré un article L. 162-5-17 ainsi rédigé :

« Art L. 162-5-17. – À défaut d'identification, par le numéro personnel mentionné à l'article L.162-5-15, des prescriptions de spécialités pharmaceutiques mentionnées à l'article L. 162-22-7, les dépenses y afférentes ne sont pas prises en charge par les organismes de sécurité sociale.

« Ces dépenses ne peuvent être facturées au patient. »

III. – L'article L. 162-22-7 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée, lorsqu'il existe, ou par l'un des centres de compétence qui lui sont rattachés. »

IV. – Le I du présent article s'applique pour la première fois au titre des dépenses de santé de l'année 2009. Le II entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

Article 37

L'article L. 162-27 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-27. – Les spécialités pharmaceutiques classées par leur autorisation de mise sur le marché dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière et devant être administrées dans un environnement hospitalier peuvent être directement fournies par la pharmacie à usage intérieur en vue de leur administration au cours de la prise en charge d'un patient dont l'état de santé nécessite des soins non suivis d'hospitalisation dans un établissement de santé.

« Dans ce cas, ces spécialités font l'objet d'une prise en charge, en sus des prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 ou des actes et consultations mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-26, sur la base des tarifs définis aux alinéas suivants du présent article. Lorsque le montant de la facture est inférieur au tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base du montant de la facture, majoré d'une partie de la différence entre ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Lorsque ces spécialités sont inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, elles bénéficient d'un remboursement sur facture de la part prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, sur la base du tarif de responsabilité prévu à l'article L. 162-16-6.

« Lorsque ces spécialités ne sont pas inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7, le Comité économique des produits de santé fixe un tarif de prise en charge des spécialités selon la procédure mentionnée au I de l'article L. 162-16-6. Toutefois, dans ce cas, la décision du comité mentionnée au premier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 intervient au plus tard dans un délai de soixante-quinze jours suivant, soit l'inscription sur la liste mentionnée à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, soit, pour les médicaments déjà inscrits sur cette liste, la notification de la décision prévoyant leur classement dans la catégorie des médicaments à prescription hospitalière mentionnée au premier alinéa du présent article. »

Article 37 bis (nouveau)

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

« Pour l'application du présent *b*, sont inscrites au répertoire des groupes génériques les spécialités qui se présentent sous une forme pharmaceutique orale à libération modifiée différente de celle de la spécialité de référence, à condition qu'elles appartiennent à la même catégorie de forme pharmaceutique à libération modifiée et qu'elles ne présentent pas de propriétés sensiblement différentes au regard de la sécurité ou de l'efficacité ; ».

Article 37 ter (nouveau)

Après l'avant-dernier alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La prescription libellée en dénomination commune est obligatoire pour les spécialités figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article L. 5121-1. »

Article 37 quater (nouveau)

Les molécules innovantes, les médicaments et les dispositifs médicaux récents sont régulièrement soumis à une évaluation, d'une part des coûts liés à la recherche, à l'expérimentation clinique et à la production, et d'autre part à la date de leur mise sur le marché et au nombre de cas en bénéficiant.

Chaque année, une analyse du prix pratiqué par l'entreprise pharmaceutique est réalisée au regard de ces paramètres et ceci sans attendre, en ce qui concerne les médicaments, la date de possible mise à disposition d'un générique.

En cohérence avec les résultats du dossier ainsi établi et après avis du ministère de la santé, les prix des médicaments et autres spécialités ou produits sont chaque année revus à la baisse.

Article 38

I. – Après l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-1-1.* – Tout produit, prestation ou acte innovant peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge partielle ou totale au sein de la dotation prévue à l'article L. 162-22-13. La prise en charge est décidée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de la Haute Autorité de santé. L'arrêté fixe le forfait de prise en charge par patient, le nombre de patients concernés, la durée de prise en charge, les conditions particulières d'utilisation, la liste des établissements de santé pour lesquels l'assurance maladie prend en charge ce forfait, et détermine les études auxquelles la mise en œuvre du traitement innovant doit donner lieu. Le forfait inclut la prise en charge du produit, de la prestation, de l'acte et des frais d'hospitalisation associés. » ;

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 162-1-7 du même code est supprimé.

Article 38 bis (nouveau)

Le Gouvernement évaluera l'efficacité des dépenses engagées en matière de contraception et étudiera les moyens d'améliorer le remboursement des contraceptifs dans l'objectif de mieux adapter les modes de contraception utilisés aux besoins de chacun. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement.

Article 39

I. – Au premier alinéa du II de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux agences régionales de l'hospitalisation » et les mots : « et la répartition de ce montant total par région, par établissement et, le cas échéant, par nature d'activité » sont supprimés.

II. – Le II de l'article L. 162-22-2 du même code est ainsi rédigé :

« II. – Un décret en Conseil d'État, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il prend en compte à cet effet, notamment, les prévisions de l'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours. »

III. – Le II de l'article L. 162-22-9 du même code est ainsi rédigé :

« II. – Un décret en Conseil d'État précise les éléments pris en compte pour la détermination de cet objectif commun ainsi que les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminés les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 compatibles avec le respect de l'objectif, en prenant en compte à cet effet, notamment, les prévisions d'évolution de l'activité des établissements pour l'année en cours, mesurée notamment à partir des données mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. Les tarifs nationaux des prestations mentionnées au 1° du I du même article peuvent également être déterminés en tout ou partie à partir des données afférentes au coût relatif des prestations. »

IV. – Le second alinéa du II de l'article L. 162-22-10 du même code est remplacé par un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – 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 de dépenses d'assurance maladie en application du dernier 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 l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'État peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de

manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations. »

V. – Le second alinéa du II de l'article L. 162-22-3 du même code est remplacé par un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. – 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 de dépenses d'assurance maladie en application du dernier 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 l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2, l'État peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2. »

VI. – Au quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3 du même code, les mots : « au second alinéa du II » sont remplacés par les mots : « au II *bis* ».

VII. – Les second alinéa du I de l'article L. 162-22-2, troisième alinéa du I de l'article L. 162-22-9, avant-dernier alinéa de l'article L. 174-1-1 et deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, ainsi que les troisième alinéa du I de l'article L. 314-3 et deuxième alinéa de l'article L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, sont complétés par une phrase ainsi rédigée :

« Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année. »

VIII. – Le dernier alinéa du IV de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est ainsi modifié :

1° À l'avant-dernière phrase, le mot : « progressivement » et les mots : « pour atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012 » sont supprimés ;

2° La dernière phrase est ainsi rédigée :

« En contrepartie de cette réduction, les établissements de santé concernés perçoivent un forfait annuel, qui diminue progressivement dans les conditions fixées par l'arrêté susmentionné. »

IX. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peuvent fixer annuellement les tarifs plafonds ou les règles de calcul de ces tarifs plafonds pour les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés ci-dessus ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds. »

X. – Le II de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est ainsi rédigé :

« II. – Jusqu'au 31 décembre 2012, dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la présente loi, par exception aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du même code, les tarifs nationaux des prestations des séjours ne servent pas de base au calcul de la participation de l'assuré. Les conditions et modalités de la participation de l'assuré aux tarifs des prestations mentionnées à l'article L. 162-22-6 du même code sont fixées par voie réglementaire. »

XI (*nouveau*). – À la première phrase de l'article L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale, après le mot : « bénéficiaire », sont insérés les mots : « d'un forfait annuel ou ».

XII (*nouveau*). – La dernière phrase du premier alinéa du VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est ainsi rédigée :

« Un bilan d'avancement du processus de convergence est transmis au Parlement avant le 15 octobre de chaque année jusqu'en 2012. »

Article 39 bis (nouveau)

I. – Au début de la première phrase du premier alinéa du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée, l'année : « 2008 » est remplacée par l'année : « 2011 ».

II. – Par dérogation aux dispositions du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée, les établissements de santé volontaires, mentionnés aux *a*, *b* ou *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, peuvent participer à une expérimentation de facturation avec l'assurance maladie.

Cette expérimentation a pour objet les conditions de mise en œuvre de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale et, notamment, l'ensemble du processus de facturation et de paiement des factures entre les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, les caisses d'assurance maladie et le réseau du Trésor public en ce qui concerne les établissements publics de santé, ainsi que le système d'avance de trésorerie le mieux adapté à ce mode de facturation. Le processus est évalué en termes de fiabilité, de qualité, de délais et d'exhaustivité de la facturation et des paiements.

La liste des établissements volontaires et leur caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale est arrêtée par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

Les conditions de mise œuvre de cette expérimentation sont définies par décret.

Article 40

I. – L'article L. 6143-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6143-3.* – Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande à un établissement public de santé de présenter un plan de redressement, dans le délai qu'il fixe et qui ne peut être inférieur à deux mois, dans l'un des cas suivants :

« 1° Lorsqu'il estime que la situation financière de l'établissement l'exige ;

« 2° Lorsque l'établissement présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret.

« Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens. »

II. – L'article L. 6143-3-1 du même code est ainsi modifié :

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

« Par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation place l'établissement public de santé sous administration provisoire, soit de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2, soit d'inspecteurs du corps de l'inspection générale des affaires sociales ou de l'inspection générale des finances, soit de personnels de direction des établissements mentionnés aux 1° et 7° de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ou de toutes autres personnalités qualifiées, lorsque, après qu'il a mis en œuvre la procédure prévue à l'article L. 6143-3, l'établissement ne présente pas de plan de redressement dans le délai requis, refuse de signer l'avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens ou n'exécute pas le plan de redressement, ou lorsque le plan de redressement ne permet pas de redresser la situation de l'établissement.

« Le directeur de l'agence peut au préalable saisir la chambre régionale des comptes en vue de recueillir son avis sur la situation financière de l'établissement et, le cas échéant, ses propositions de mesures de redressement. La chambre régionale des comptes se prononce dans un délai de deux mois après la saisine. » ;

2° Le deuxième alinéa est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Le directeur de l'établissement et, le cas échéant les autres membres du personnel de direction et les directeurs des soins sont alors placés en recherche d'affectation auprès de l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers mentionné à l'article 50-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis. ~~Les administrateurs provisoires tiennent le conseil d'administration régulièrement informé des mesures qu'ils prennent.~~ »

III. – L'article L. 6161-3-1 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

a) Après la référence : « L. 6161-6, » sont insérés les mots : « lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation estime que la situation financière de l'établissement l'exige et, à tout le moins, » ;

b) Après la référence : « L. 6145-1 », sont insérés les mots : « ou leur compte financier » ;

c) Après les mots : « dysfonctionnements constatés », sont insérés les mots : « et de produire un plan de redressement adapté » ;

2° La première phrase du quatrième alinéa est complétée par les mots : « et préparer et mettre en œuvre un plan de redressement » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« En cas d'échec de l'administration provisoire, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation peut saisir le commissaire aux comptes pour la mise en œuvre de l'article L. 612-3 du code de commerce. »

IV. – Au dernier alinéa de l'article L. 6162-1 du même code, après le mot : « articles », sont insérées les références : « L. 6161-3 à L. 6161-3-2, ».

Article 40 bis (nouveau)

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

1° L'article L. 6145-16 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6145-16.* – Les comptes des établissements publics de santé sont certifiés par un commissaire aux comptes, selon des modalités et un calendrier définis par décret en Conseil d'État. » ;

2° Au troisième alinéa de l'article L. 6132-3, les mots : « et de l'article L. 6145-16 » sont supprimés ;

3° Au 4° de l'article L. 6143-6, la référence : « L. 6145-16, » est supprimée ;

4° Au 6° de l'article L. 6143-1, les mots : « ainsi que les procédures prévues à l'article L. 6145-16 » sont supprimés.

Article 40 ter (nouveau)

Le premier alinéa de l'article 116 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifié :

1° À la fin de la deuxième phrase, les mots : « au 31 décembre de l'année précédente » sont remplacés par les mots : « lors du pénultième exercice » ;

2° Les deux dernières phrases sont remplacées par une phrase ainsi rédigée :

« Chaque établissement règle sa contribution à l'établissement public national dans les deux mois de la

publication de l'arrêté qui en fixe le taux et lui transmet, dans les mêmes délais, une déclaration des charges salariales induites par la rémunération de ses personnels. »

Article 41

I. – L'article L. 6113-10 du code de la santé publique est remplacé par trois articles L. 6113-10, L. 6113-10-1 et L. 6113-10-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 6113-10.* – L'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux est un groupement d'intérêt public constitué entre l'État, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et les fédérations représentatives des établissements de santé et médico-sociaux.

« L'agence a pour objet l'appui à l'amélioration du service rendu au patient, la modernisation de la gestion et la maîtrise des dépenses dans les établissements.

« *Art. L. 6113-10-1.* – Le groupement mentionné à l'article L. 6113-10 est soumis aux articles L. 341-2 à L. 341-4 du code de la recherche, sous réserve des dispositions suivantes :

« 1° Le directeur général du groupement est nommé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de la solidarité ;

« 2° Outre les personnels mis à sa disposition dans les conditions prévues à l'article L. 341-4 du code de la recherche, le groupement emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires et des personnels mentionnés aux 1° et 2° de l'article L. 6152-1 du présent code en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition.

« Il emploie également des agents contractuels de droit public et de droit privé, avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée.

« *Art. L. 6113-10-2.* – Les ressources du groupement sont constituées notamment par :

« 1° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Une dotation versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

« 3° Des subventions de l'État, des collectivités publiques, de leurs établissements publics, de l'Union européenne ou des organisations internationales ;

« 4° Des ressources propres, dons et legs. »

II. – Les droits et obligations contractés par l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France pour le compte de la mission d'expertise et d'audit hospitaliers et de la mission nationale d'appui à l'investissement prévues à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) sont transférés à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux à la date de publication de l'arrêté d'approbation de sa convention constitutive. Les droits et obligations contractés par le groupement pour la modernisation du système d'information sont transférés à l'agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux à la date de publication de l'arrêté d'approbation de sa convention constitutive. Ces transferts sont effectués à titre gratuit et ne donnent lieu ni à imposition ni à rémunération.

La dotation prévue au 1° de l'article L. 6113-10-2 du code de la santé publique pour l'année 2009 est minorée des montants versés pour 2009 au titre du III *quater* de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précitée.

Les dispositions de l'article L. 6113-10 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à la présente loi demeurent en vigueur jusqu'à la date de publication de l'arrêté d'approbation de la convention constitutive de l'agence

nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux et au plus tard avant le 1^{er} janvier 2012.

Article 42

La troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-17 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation facturées non conformes aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé ou d'un nombre de prestations d'hospitalisation facturées significativement supérieur aux moyennes régionales ou nationales établies à partir des données mentionnées à l'article L. 6113-7 du code de la santé publique pour une activité comparable ».

Article 42 bis (nouveau)

Les données de cadrage, les objectifs et les indicateurs du programme de qualité et d'efficacité visé au 1^o du III de l'article L.O. 111-4 du code de la sécurité sociale relatif à la branche Maladie comportent des éléments relatifs aux effectifs et à la masse salariale des établissements de santé, permettant notamment d'apprécier les conditions dans lesquelles sont appliqués les articles L. 3151-1 et suivants du code du travail.

Article 43

I. – Après l'article L. 133-4-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 133-4-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-4-4.* – Lorsqu'un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie prend en charge, pour une personne résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, à titre individuel, des prestations d'assurance maladie qui relèvent des tarifs journaliers afférents aux soins fixés en application du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les sommes en cause, y compris lorsque celles-ci ont été prises en charge dans le cadre de la dispense d'avance des frais, sont

déduites par la caisse mentionnée à l'article L. 174-8, sous réserve que l'établissement n'en conteste pas le caractère indu, des versements ultérieurs que la caisse alloue à l'établissement au titre du forfait de soins. Les modalités de reversement de ces sommes aux différents organismes d'assurance maladie concernés sont définies par décret.

« L'action en recouvrement se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement à la personne de la somme en cause. Elle s'ouvre par l'envoi à l'établissement d'une notification du montant réclamé.

« La commission de recours amiable de la caisse mentionnée à l'article L. 174-8 est compétente pour traiter des réclamations relatives aux sommes en cause. »

II. – Le I est applicable aux notifications de payer adressées à compter de l'entrée en vigueur du présent article.

Article 44

I. – La dernière phrase du second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complétée par les mots : « ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds ».

II. – Après le premier alinéa du II de l'article L. 314-7 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'alinéa précédent, le 3° du I, le III du présent article et les deux premiers alinéas de l'article L. 314-5 ne s'appliquent pas aux établissements et services dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales. »

III. – L'article L. 314-2 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 314-2.* – Les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 sont financés par :

« 1° Un forfait global relatif aux soins prenant en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins médico-techniques des résidents, déterminé par arrêté de l'autorité compétente de l'État en application d'un barème et de

règles de calcul fixés, d'une part, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées, en application du II de l'article L. 314-3 et, d'autre part, par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris en application du troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Un forfait global relatif à la dépendance, prenant en compte le niveau de dépendance moyen des résidents, fixé par un arrêté du président du conseil général et versé aux établissements par ce dernier au titre de l'allocation personnalisée d'autonomie mentionnée à l'article L. 232-8 ;

« 3° Des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement, fixés par le président du conseil général, dans des conditions précisées par décret et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées.

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

IV. – L'article L. 238-8 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est supprimé ;

2° Le premier alinéa du II est supprimé ;

3° Au deuxième alinéa du II, les mots : « Cette dotation budgétaire globale » sont remplacés par les mots : « Le forfait global » ;

4° À la dernière phrase du troisième alinéa du II, les mots : « de la dotation globale » sont remplacés par les mots : « du forfait global » ;

5° La dernière phrase du dernier alinéa du II est supprimée.

V. – Les premier et dernier alinéas du V de l'article L. 314-7 du même code sont supprimés.

VI. – Le premier alinéa de l'article L. 314-6 du même code est complété par les mots : « , à l'exception des conventions collectives de travail et conventions d'entreprise ou d'établissement applicables au personnel des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et ayant signé un contrat pluriannuel mentionné à l'article L. 313-11 ou une convention pluriannuelle mentionnée à l'article L. 313-12. »

VII. – Les III, IV et V sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2010.

Article 45

I. – L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Des expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge sont menées, à compter du 1^{er} janvier 2009, et pour une période n'excédant pas deux ans, dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1. Ces expérimentations sont réalisées sur le fondement d'une estimation quantitative et qualitative de l'activité de ces établissements et services réalisée. Au titre de ces expérimentations, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

« Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de ces expérimentations avant le 1^{er} octobre 2010. Ce rapport porte également sur la lutte contre la iatrogénie.

« En fonction du bilan des expérimentations présenté par le Gouvernement, et au plus tard le 1^{er} janvier 2011, dans les établissements et services susmentionnés, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 du présent code comprennent l'achat, la fourniture, la prise en charge et

l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ainsi que, pour ceux de ces établissements et services qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire, certains dispositifs médicaux ou produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code dont la liste est fixée par arrêté.

« Pour les établissements et services mentionnés à l'alinéa précédent, un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché, dispensées aux assurés hébergés dans les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code, qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2. Ces spécialités pharmaceutiques sont prises en charge dans les conditions de droit commun prévues par la section 4 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale. Les dépenses relatives à ces spécialités pharmaceutiques relèvent de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1 du présent code. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« La convention désigne, après avis du médecin coordonnateur, le pharmacien d'officine référent pour l'établissement responsable de l'application de l'ensemble des termes de la convention. Le pharmacien référent concourt à l'élaboration, par le médecin coordonnateur avec la collaboration des médecins traitants, de la liste, par classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement conformément aux missions dévolues au médecin coordonnateur par le code de l'action sociale et des familles. Il concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments au sein de l'établissement. »

III. – À compter du 1^{er} janvier 2011, le sixième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est supprimé.

Article 46

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

1° Au premier alinéa, après les mots : « promotion des actions innovantes », sont insérés les mots : « , à la formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 » ;

2° Le *b* des 1 et 2 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « une assistance dans les actes quotidiens de la vie, », sont insérés les mots : « de dépenses de formation des aidants familiaux et des accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 » ;

b) Sont ajoutés les mots : « et que les frais de remplacement des personnels en formation lorsque ces formations sont suivies pendant le temps de travail ».

II. – L'article L. 14-10-9 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article. » sont remplacés par les mots : « dans les conditions suivantes : » ;

2° Au début du deuxième alinéa, sont insérés les mots : « *a)* Dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article, » ;

3° Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

« *b)* Dans les deux sous-sections mentionnées au IV de ce même article, ces crédits peuvent être utilisés pour le financement d'actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat, de formation et de qualification des personnels des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-1, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui n'ont pas

conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12 ou ont opté pour la dérogation à l'obligation de passer cette convention en application du premier alinéa du I *bis* de cet article. Ces crédits peuvent également être utilisés pour financer les actions réalisées dans le cadre du plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1. »

Article 47

I. – Le chapitre I^{er} du titre II du livre II de la première partie du code de la santé publique est complété par un article L. 1221-14 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1221-14.* – Les victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite C causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang réalisée sur les territoires auxquels s'applique le présent chapitre sont indemnisées par l'office mentionné à l'article L. 1142-22 dans les conditions prévues à la seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 3122-1, aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 3122-2, au premier alinéa de l'article L. 3122-3 et à l'article L. 3122-4.

« Dans leur demande d'indemnisation, les victimes ou leurs ayants droit justifient de l'atteinte par le virus de l'hépatite C et des transfusions de produits sanguins ou des injections de médicaments dérivés du sang. L'office recherche les circonstances de la contamination, notamment dans les conditions prévues à l'article 102 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

« L'offre d'indemnisation visant à la réparation intégrale des préjudices subis du fait de la contamination est faite à la victime dans les conditions fixées aux deuxième, troisième et cinquième alinéas de l'article L. 1142-17.

« La victime dispose du droit d'action en justice contre l'office si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans un délai de six mois à compter

du jour où l'office reçoit la justification complète des préjudices ou si elle juge cette offre insuffisante.

« La transaction à caractère définitif ou la décision juridictionnelle rendue sur l'action en justice prévue au précédent alinéa vaut désistement de toute action juridictionnelle en cours et rend irrecevable toute autre action juridictionnelle visant à la réparation des mêmes préjudices.

« L'action subrogatoire prévue à l'article L. 3122-4 ne peut être exercée par l'office si l'établissement de transfusion sanguine n'est pas assuré, si sa couverture d'assurance est épuisée ou encore dans le cas où le délai de validité de sa couverture est expiré, sauf si la contamination trouve son origine dans une violation ou un manquement mentionnés à l'article L. 1223-5.

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

II. – Au deuxième alinéa de l'article L. 1142-22 du code de la santé publique, après les mots : « de l'article L. 3122-1 », sont insérés les mots : « , de l'indemnisation des victimes de préjudices résultant de la contamination par le virus de l'hépatite C causée par une transfusion de produits sanguins ou une injection de médicaments dérivés du sang en application de l'article L. 1221-14 ».

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

1° *Supprimé*..... ;

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

« 3° bis Le versement d'indemnités en application de l'article L. 1221-14 ; »

3° Il est ajouté un 7° ainsi rédigé :

« 7° Une dotation versée par l'Établissement français du sang couvrant l'ensemble des dépenses exposées en application de l'article L. 1221-14. Un décret fixe les modalités de versement de cette dotation. »

IV. – À compter de la date d'entrée en vigueur du présent article, l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales se substitue à l'Établissement français du sang dans les contentieux en cours au titre des préjudices mentionnés à l'article L. 1221-14 du code de la santé publique n'ayant pas donné lieu à une décision irrévocable.

Dans le cadre des actions juridictionnelles en cours visant à la réparation de tels préjudices, pour bénéficier de la procédure prévue à l'article L. 1221-14 du même code, le demandeur sollicite de la juridiction saisie un sursis à statuer aux fins d'examen de sa demande par l'office.

Cependant, dans ce cas, par exception au quatrième alinéa de l'article L. 1221-14 du même code, l'échec de la procédure de règlement amiable ne peut donner lieu à une action en justice distincte de celle initialement engagée devant la juridiction compétente.

V. – Le livre I^{er} de la troisième partie du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa de l'article L. 3111-9 est ainsi rédigé :

« L'offre d'indemnisation adressée à la victime ou, en cas de décès, à ses ayants droit est présentée par le directeur de l'office. Un conseil d'orientation, composé notamment de représentants des associations concernées, est placé auprès du conseil d'administration de l'office. » ;

2° La seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 3122-1 est ainsi rédigée :

« Un conseil d'orientation, composé notamment de représentants des associations concernées, est placé auprès du conseil d'administration de l'office. » ;

3° Au troisième alinéa de l'article L. 3122-5, les mots : « , sur avis conforme de la commission d'indemnisation mentionnée à l'article L. 3122-1 » sont supprimés.

VI. – 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 117 millions d'euros.

Article 48

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, pour l'année 2009, à 240 millions d'euros.

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

« III *ter*. – Le fonds peut prendre en charge le financement des missions de conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduite des expérimentations prévues au I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 exercées par l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation. »

III. – 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, pour l'année 2009, à 190 millions d'euros.

IV. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé, pour l'année 2009, à 44 millions d'euros.

Article 48 bis (nouveau)

Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés du budget, de la santé et de la sécurité sociale, versée et répartie dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-15 et L. 174-2 du code de la sécurité sociale, peut contribuer au financement de l'un des organismes agréés par l'État visé au

dernier alinéa de l'article 116-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, au titre de la convention en cours à la date de publication de la présente loi souscrite au profit de ses adhérents en application de l'article L. 141-1 du code des assurances.

Article 49

Pour l'année 2009, 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 185,6 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 160,7 milliards d'euros.

Article 50

Pour l'année 2009, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

	<i>(En milliards d'euros)</i>
	Objectif de dépense
Dépenses de soins de ville.....	73,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.....	50,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,7
Autres prises en charge	0,9
Total	157,6

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 51

I. – Les montants de l'allocation de solidarité aux personnes âgées mentionnée à l'article L. 815-1 du code de la sécurité sociale et de l'allocation supplémentaire vieillesse prévue à l'article L. 815-2 du même code, dans sa rédaction antérieure à l'entrée en vigueur de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, les plafonds de ressources prévus pour le service de ces allocations et des prestations mentionnées à l'article 2 de la même ordonnance, ainsi que les montants limites mentionnés au premier alinéa de l'article L. 815-13 du même code, peuvent être portés entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 décembre 2012, par décret, à un niveau supérieur à celui qui résulterait de l'application de l'article L. 816-2 du même code.

II. – Le chapitre V *bis* du titre I^{er} du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° À l'article L. 815-24, les mots : « et dans la limite du plafond de ressources applicable à l'allocation de solidarité aux personnes âgées prévu à l'article L. 815-9 » sont supprimés ;

2° Après l'article L. 815-24, il est inséré un article L. 815-24-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 815-24-1.* – L'allocation supplémentaire d'invalidité n'est due que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé et du conjoint, du concubin ou du partenaire lié par un pacte civil de solidarité n'excède pas des plafonds fixés par décret. Lorsque le total de la ou des allocations supplémentaires d'invalidité et des ressources personnelles de l'intéressé ou des époux, concubins ou partenaires liés par un pacte civil de solidarité dépasse ces plafonds, la ou les allocations sont réduites à due concurrence. »

Article 52

I. – Le chapitre III du titre V du livre III du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 353-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 353-6.* – La pension de réversion est assortie d'une majoration lorsque le conjoint survivant atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 et que la somme de ses avantages personnels de retraite et de réversion servis par les régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que par les régimes des organisations internationales, n'excède pas un plafond fixé par décret. La majoration est égale à un pourcentage fixé par décret de la pension de réversion. Lorsque le total de cette majoration et de ces avantages excède ce plafond, la majoration est réduite à due concurrence du dépassement.

« Le conjoint survivant ne peut bénéficier des dispositions du présent article que s'il a fait valoir les avantages personnels de retraite et de réversion auxquels il peut prétendre auprès des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi qu'auprès des organisations internationales. »

II. – À l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, la référence : « L. 353-5 » est remplacée par la référence : « L. 353-6 ».

III. – À l'article L. 643-7 du code de la sécurité sociale, le mot et la référence : « et L. 353-3 » sont remplacés par les références : « , L. 353-3 et L. 353-6 ».

IV. – Après l'article L. 732-51 du code rural, il est inséré un article L. 732-51-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-51-1.* – La pension de réversion est assortie d'une majoration lorsque le conjoint survivant atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale et que la somme de ses avantages personnels de retraite et de réversion servis par les régimes d'assurance vieillesse légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que par les régimes des organisations internationales, n'excède pas un plafond fixé

par décret. La majoration est égale à un pourcentage fixé par décret de la pension de réversion. Lorsque le total de cette majoration et de ces avantages excède ce plafond, la majoration est réduite à due concurrence du dépassement.

« Le conjoint survivant ne peut bénéficier des dispositions du présent article que s'il a fait valoir les avantages personnels de retraite et de réversion auxquels il peut prétendre auprès des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi qu'auprès des régimes des organisations internationales. »

V. – Au premier alinéa de l'article L. 353-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 732-41 du code rural, après les mots : « son conjoint survivant a droit à une pension de réversion », sont insérés les mots : « à partir d'un âge et dans des conditions déterminés par décret ».

VI. – Les personnes qui ne remplissent pas la condition d'âge prévue à l'article L. 353-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 732-41 du code rural bénéficient jusqu'au 31 décembre 2010 de l'assurance veuvage dans les conditions en vigueur à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites.

VI *bis* (nouveau). – Après l'article L. 357-10-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 357-10-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 357-10-2. – La pension de veuf ou de veuve servie au titre du code local des assurances sociales ou au titre de la loi du 20 décembre 1911 relative à l'assurance des employés privés est assortie de la majoration prévue à l'article L. 353-6 dans les conditions prévues audit article. »

VI *ter* (nouveau). – À la dernière phrase de l'article L. 342-6 du même code, après la référence : « L. 353-5 », sont insérés les mots : « et de l'article L. 353-6 ».

VII. – Les I à IV, VI bis et VI ter sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2010.

VIII (*nouveau*). – Le présent article est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Article 52 bis (*nouveau*)

Après l'article L. 161-1-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-1-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-1-6.* – Les organismes et services chargés de la gestion des régimes de retraite de base et complémentaires légaux ou rendus légalement obligatoires communiquent par voie électronique, selon des modalités fixées par décret, les informations nécessaires à la détermination du droit au bénéfice des prestations de retraite et, s'il y a lieu, au calcul de ces dernières, notamment pour la mise en œuvre des articles L. 173-2 et L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 et L. 732-54-3 du code rural. »

Article 53

I. – Le paragraphe 5 de la sous-section 1 de la section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural est ainsi rédigé :

« Paragraphe 5 Majoration des retraites

« *Art. L. 732-54-1.* – Peuvent bénéficier d'une majoration de la pension de retraite servie à titre personnel les personnes dont cette pension a pris effet :

« 1° Avant le 1^{er} janvier 2002 lorsqu'elles justifient d'une durée minimale d'assurance fixée par décret ; pour l'appréciation de cette durée sont prises en compte les périodes accomplies à titre exclusif ou principal dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et les périodes d'affiliation obligatoire à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale ;

« 2° À compter du 1^{er} janvier 2002 lorsqu'elles justifient des conditions prévues par les articles L. 732-25 et L. 732-23, dans leur rédaction en vigueur à la date d'effet de la pension de retraite, pour ouvrir droit à une pension à taux plein dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et qu'elles remplissent des conditions fixées par décret de durées minimales d'assurance accomplies à titre exclusif ou principal dans ce régime ;

« Les personnes mentionnées ci-dessus ne peuvent bénéficier de la majoration que si elles ont fait valoir l'intégralité des droits en matière d'avantage de vieillesse auxquels elles peuvent prétendre auprès des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi qu'auprès des régimes des organisations internationales.

« *Art. L. 732-54-2.* – Cette majoration a pour objet de porter le total des droits propres et dérivés servis à l'assuré par le régime d'assurance vieillesse de base des personnes non salariées des professions agricoles à un montant minimum.

« Le montant minimum est calculé en tenant compte des périodes d'assurance accomplies à titre exclusif ou principal dans le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles dans des limites fixées par décret. Il est différencié en fonction de la qualité de l'assuré et selon qu'il bénéficie ou est susceptible de bénéficier d'une pension de réversion prévue aux articles L. 732-41 à L. 732-46. Il est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

« *Art. L. 732-54-3.* – Lorsque le montant de la majoration de pension prévue à l'article L. 732-54-2 augmentée du montant des pensions de droit propre et de droit dérivé servies à l'assuré par les régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que les régimes des organisations internationales excède un plafond fixé par décret, la majoration de pension est réduite à due concurrence du dépassement.

« Pour le service de la majoration de pension, le montant des pensions de droit propre et de droit dérivé servies à l'assuré par les régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que les régimes des organisations internationales est contrôlé en fonction des pensions déclarées à l'administration fiscale, qui fournit les données nécessaires à cet effet à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

« Le plafond prévu au premier alinéa est revalorisé dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale.

« Le cas échéant, le montant de la majoration est recalculé en fonction du montant des pensions versées au bénéficiaire, de l'évolution du montant minimum prévu à l'article L. 732-54-2 du présent code et de l'évolution du plafond prévu au premier alinéa du présent article.

« Art. L. 732-54-4. – Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application du présent paragraphe et précise notamment le mode de calcul de la majoration et les conditions suivant lesquelles les durées d'assurance mentionnées aux précédents alinéas sont déterminées. Un décret fixe les modalités retenues pour l'appréciation du plafond. »

II. – Le I est applicable aux pensions dues à compter du 1^{er} janvier 2009.

III. – Le code rural est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa de l'article L. 321-5 est supprimé ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 731-16 est ainsi modifié :

a) Les mots : « lorsqu'un conjoint » sont remplacés par les mots : « lorsque le conjoint collaborateur défini par l'article L. 321-5 » ;

b) Il est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le présent alinéa est également applicable à la personne liée par un pacte civil de solidarité au chef d'exploitation ou

d'entreprise agricole qui a opté pour le statut de collaborateur prévu à l'article L. 321-5. » ;

3° Le dernier alinéa de l'article L. 732-34 est ainsi rédigé :

« À compter du 1^{er} janvier 2009, le conjoint participant aux travaux, au sens de la deuxième phrase du deuxième alinéa du présent article, opte pour une des qualités prévues à l'article L. 321-5. » ;

4° L'article L. 732-35 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :

« Le collaborateur d'exploitation ou d'entreprise défini à l'article L. 321-5 a droit à une pension de retraite qui comprend : » ;

b) La deuxième phrase du quatrième alinéa du I est supprimée.

IV. – Il est inséré, à la sous-section 1 de la section 3 du chapitre III du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, un article L. 173-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 173-1-1.* – Dans le cas où un assuré peut prétendre à la fois à la majoration mentionnée aux articles L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 du code rural et à la majoration mentionnée à l'article L. 732-54-1 du code rural, la majoration mentionnée aux articles L. 353-6 du présent code et L. 732-51-1 du code rural est servie en priorité. »

Article 54

I. – Les deux premiers alinéas de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

« Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés sur lui est fixé, 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 une commission dont la composition et les modalités d'organisation sont fixées par décret.

« 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. – Au troisième alinéa du même article L. 161-23-1, les mots : « le ministre chargé de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « les ministres chargés de la sécurité sociale, de la fonction publique et du budget ».

III. – L'article L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite est ainsi rédigé :

« *Art. L. 16.* – Les pensions sont revalorisées dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale. »

IV. – La section 2 du chapitre III du titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 643-1 est ainsi rédigé :

« La valeur de service du point est revalorisée dans les conditions prévues à l'article L. 161-23-1. » ;

2° Au deuxième alinéa du I de l'article L. 643-3, les mots : « fixée pour l'année en cours » sont supprimés.

V. – À l'article 13 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, la date : « 1^{er} janvier » est remplacée par la date : « 1^{er} avril ».

Article 55

I. – La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , lorsque la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, accomplie tant dans le régime général que dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, est au moins égale à une limite fixée par décret ».

II. – À la sous-section 2 de la section 3 du chapitre III du titre VII du livre I^{er} du même code, il est rétabli un article L. 173-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 173-2.* – Dans le cas où l'assuré a relevé d'un ou plusieurs régimes d'assurance vieillesse mentionnés à l'article L. 200-2 et au 2° de l'article L. 611-1 du présent code ou à l'article L. 722-20 du code rural, et lorsqu'il est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans un ou plusieurs de ces régimes, ce minimum de pension lui est versé sous réserve que le montant mensuel total de ses pensions personnelles de retraite attribuées au titre d'un ou plusieurs régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales, portées le cas échéant au minimum de pension, n'excède pas un montant fixé par décret.

« En cas de dépassement de ce montant, la majoration résultant de l'article L. 351-10 est réduite à due concurrence du dépassement.

« Lorsque l'assuré est susceptible de bénéficier du minimum de pension prévu à l'article L. 351-10 dans plusieurs régimes, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. »

III. – Après l'article L. 351-10 du même code, il est inséré un article L. 351-10-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 351-10-1.* – L'assuré ne peut bénéficier des dispositions de l'article L. 351-10 que s'il a fait valoir les droits aux pensions personnelles de retraite auxquels il peut prétendre au titre des régimes légaux ou rendus légalement obligatoires, de base et complémentaires, français et étrangers, ainsi que des régimes des organisations internationales. »

IV. – Au premier alinéa de l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, la référence : « L. 351-10 » est remplacée par la référence : « L. 351-10-1 ».

V. – Le I du présent article est applicable aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} avril 2009. Les II et III sont

applicables aux pensions prenant effet à une date fixée par décret, et au plus tard au 1^{er} janvier 2011.

Article 55 bis (nouveau)

Le début du dernier alinéa de l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « La majoration de pension versée au titre de la retraite anticipée des travailleurs handicapés, la majoration pour enfants, la majoration pour conjoint à charge, prévues au deuxième alinéa de l'article L. 351-1-3, à l'article L. 351-12... *(le reste sans changement)*. »

Article 55 ter (nouveau)

I. – L'article L. 643-3 du code de la sécurité sociale est complété par un III ainsi rédigé :

« III. – La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée dans des conditions fixées par décret pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

« La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret. »

II. – L'article L. 643-4 du même code est complété par un 3^o ainsi rédigé :

« 3^o Des travailleurs handicapés admis à demander la liquidation de leur pension de retraite dans les conditions prévues au III de l'article L. 643-3. »

III. – L'article L. 723-10-1 du même code est complété par un III ainsi rédigé :

« III. – La condition d'âge prévue au premier alinéa du I est abaissée dans des conditions fixées par décret pour les assurés handicapés qui ont accompli, alors qu'ils étaient atteints d'une incapacité permanente au moins égale à un taux fixé par décret, une durée d'assurance dans le régime d'assurance vieillesse de base des avocats et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, au moins égale à une limite définie par décret, tout ou partie de cette durée ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré.

« La pension des intéressés est majorée en fonction de la durée ayant donné lieu à cotisations considérée, dans des conditions précisées par décret. »

IV. – Après le 2° de l'article L. 723-10-2 du même code, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° Des travailleurs handicapés admis à demander la liquidation de leur pension de retraite dans les conditions prévues au III de l'article L. 723-10-1. »

Article 56

I. – La section 3 du chapitre III du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par une sous-section 9 ainsi rédigée :

« *Sous-section 9*

« *Rachat*

« *Art. L. 173-7.* – Les versements mentionnés au premier alinéa des articles L. 351-14-1, L. 634-2-2, L. 643-2 et L. 723-10-3 du présent code et à l'article L. 732-27-1 du code rural et au cinquième alinéa de l'article L. 9 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que ceux prévus par des dispositions réglementaires ayant le même objet, ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 634-3-2 et L. 634-3-3, des II et III des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, des

articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural, du 5° du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. »

II. – Au début du 1° de l'article L. 742-3 du code rural, sont insérés les mots : « L'article L. 173-7 du code de la sécurité sociale ».

III. – À l'article L. 382-29 du code de la sécurité sociale, après les mots : « des articles », est insérée la référence : « L. 173-7, ».

IV. – Sont abrogés :

1° Le dernier alinéa de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale ;

2° L'article 114 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

V. – Le présent article est applicable aux demandes de versement déposées à compter du 13 octobre 2008 et prises en compte pour le calcul de pensions d'assurance vieillesse prenant effet à compter du 1^{er} janvier 2009.

Article 57

I. – L'article L. 634-2-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est précédé par un « I » ;

2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Lorsqu'en application du premier alinéa de l'article L. 351-2, moins de quatre trimestres d'assurance sont validés au titre d'une année civile d'exercice d'une activité non salariée artisanale, industrielle ou commerciale, l'assuré peut demander la validation d'un trimestre par période de quatre-vingt-dix jours d'affiliation continue ou non au cours de cette année civile, aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales.

« Le bénéfice des dispositions ci-dessus est subordonné :

« a) À une durée minimale d'affiliation aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales fixée par décret ; ce décret fixe également le nombre maximum de trimestres qui peuvent être validés par l'assuré en fonction de sa durée d'affiliation à ces régimes et les modalités particulières de prise en compte de cette durée lorsqu'elle est en tout ou partie antérieure au 1^{er} janvier 2009 ;

« b) Au versement, dans un délai fixé par décret, d'une cotisation qui ne peut être inférieure au minimum de cotisation prévu au premier alinéa de l'article L. 351-2.

« L'application des dispositions ci-dessus ne peut avoir pour effet de porter le total des trimestres validés par l'assuré au titre de l'année considérée au-delà du nombre de périodes de quatre-vingt-dix jours accomplies durant cette année.

« La validation est accordée à tout assuré respectant les conditions fixées au présent II.

« Ne peuvent se prévaloir des dispositions ci-dessus :

« 1° Les associés ou commandités, gérants ou non, d'une entreprise exploitée sous forme de société dès lors qu'au titre de l'année considérée, les revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts qu'eux-mêmes, leur conjoint, ou leur partenaire auquel ils sont liés par un pacte civil de solidarité, et leurs enfants mineurs non émancipés ont perçus de ladite entreprise excèdent un seuil fixé par décret ;

« 2° Les assurés qui ne sont pas à jour des obligations déclaratives ou de paiement relatives à leurs cotisations et contributions personnelles et, le cas échéant, à celles des cotisations et contributions afférentes aux gains et rémunérations de leurs salariés ; toutefois, la condition de paiement est considérée comme remplie dès lors que les intéressés, d'une part, ont souscrit et respectent un plan d'apurement des cotisations restant dues et, d'autre part, acquittent les cotisations en cours à leur date d'exigibilité ;

« 3° Les conjoints ou partenaires collaborateurs et les assurés mentionnés à l'article L. 742-6, au titre de l'année ou de la fraction d'année durant laquelle ils avaient cette qualité.

« Les assurés ayant validé moins de quatre trimestres d'assurance au titre d'une année pour laquelle leurs cotisations et celles de leur conjoint ou partenaire collaborateur ont été déterminées compte tenu du 2° de l'article L. 633-10 ne peuvent se prévaloir des dispositions ci-dessus, au titre de ladite année, que si leur revenu professionnel était inférieur au revenu minimum exigé pour la validation de quatre trimestres.

« Le financement des validations instituées par le présent article est assuré par une fraction des cotisations d'assurance vieillesse des régimes concernés. Ces opérations font l'objet d'un suivi comptable spécifique dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

II. – Le présent article est applicable à compter du 1^{er} janvier 2010.

Article 58

I. – Le premier alinéa de l'article L. 2241-4 du code du travail est ainsi modifié :

1° Les mots : « à compter de la fin de la négociation prévue au I de l'article 12 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites » sont supprimés ;

2° Après les mots : « des compétences », sont insérés les mots : « et l'emploi » ;

3° (*nouveau*) Après le mot : « âgés », sont insérés les mots : « , notamment par l'anticipation des carrières professionnelles et la formation professionnelle, ».

II. – Après le chapitre VIII *bis* du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre VIII *ter* ainsi rédigé :

« CHAPITRE VIII TER

« Pénalités

« Section I

« Accords en faveur de l'emploi des salariés âgés

« Art. L. 138-24. – Les entreprises, y compris les établissements publics, mentionnées aux articles L. 2211-1 et L. 2233-1 du code du travail employant au moins cinquante salariés ou appartenant à un groupe au sens de l'article L. 2331-1 du même code dont l'effectif comprend au moins cinquante salariés sont soumises à une pénalité à la charge de l'employeur lorsqu'elles ne sont pas couvertes par un accord ou un plan d'action relatif à l'emploi des salariés âgés.

« Le montant de cette pénalité est fixé à 1 % des rémunérations ou gains, au sens du premier alinéa de l'article L. 242-1 du présent code et du deuxième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural, versés aux travailleurs salariés ou assimilés au cours des périodes au titre desquelles l'entreprise n'est pas couverte par l'accord ou le plan d'action mentionné à l'alinéa précédent.

« Le produit de cette pénalité est affecté à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

« Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables à cette pénalité.

« Art. L. 138-25. – L'accord d'entreprise ou de groupe portant sur l'emploi des salariés âgés mentionné à l'article L. 138-24 est conclu pour une durée maximale de trois ans. Il comporte :

« 1° Un objectif chiffré de maintien dans l'emploi ou de recrutement des salariés âgés ;

« 2° Des dispositions favorables au maintien dans l'emploi et au recrutement des salariés âgés portant sur trois domaines d'action au moins choisis parmi une liste fixée par décret en Conseil d'État et auxquelles sont associés des indicateurs chiffrés ;

« 3° Des modalités de suivi de la mise en œuvre de ces dispositions et de la réalisation de cet objectif.

« *Art. L. 138-26.* – Les entreprises mentionnées au premier alinéa de l'article L. 138-24 ne sont pas soumises à la pénalité lorsque, en l'absence d'accord d'entreprise ou de groupe, elles ont élaboré, après avis du comité d'entreprise, ou, à défaut, des délégués du personnel, un plan d'action établi au niveau de l'entreprise ou du groupe relatif à l'emploi des salariés âgés dont le contenu respecte les conditions fixées à l'article L. 138-25. La durée maximale de ce plan d'action est de trois ans. Il fait l'objet d'un dépôt auprès de l'autorité administrative dans les conditions définies à l'article L. 2231-6 du code du travail.

« En outre, les entreprises dont l'effectif comprend au moins cinquante et est inférieur à trois cents salariés ou appartenant à un groupe dont l'effectif comprend au moins cinquante et est inférieur à trois cents salariés ne sont pas soumises à cette pénalité lorsque la négociation portant sur l'emploi des salariés âgés mentionnée à l'article L. 2241-4 du code du travail a abouti à la conclusion d'un accord de branche étendu, respectant les conditions mentionnées à l'article L. 138-25 du présent code et ayant reçu à ce titre un avis favorable du ministre chargé de l'emploi. Cet avis est opposable aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code et à l'article L. 725-3 du code rural.

« *Art. L. 138-27.* – L'autorité administrative compétente se prononce sur toute demande formulée par une entreprise mentionnée à l'article L. 138-24 tendant à apprécier l'application de la présente section à sa situation, notamment le respect des conditions fixées à l'article L. 138-25.

« Le silence gardé par l'administration pendant un délai fixé par décret vaut décision de conformité.

« La demande mentionnée au premier alinéa ne peut être formulée par une entreprise lorsqu'un contrôle prévu à l'article L. 243-7 du présent code ou à l'article L. 724-7 du code rural est engagé.

« La réponse, y compris implicite, est opposable aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-4 du présent code et à l'article L. 725-3 du code rural pour une durée ne pouvant excéder la durée de validité des accords ou plans d'actions mentionnée aux articles L. 138-25 et L. 138-26. »

III. – Au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 137-12 », sont insérés les mots : « , par la pénalité prévue à l'article L. 138-24 ».

IV. – Les articles L. 138-24 à L. 138-26 du code de la sécurité sociale s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2010.

Article 59

I. – L'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, le mot : « définitive » est, par deux fois, supprimé ;

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

« Par dérogation aux deux précédents 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, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

« a) À partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ;

« b) À partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. »

II. – L'article L. 352-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

III. – Après le troisième alinéa de l'article L. 634-6 et de l'article L. 643-6 du code de la sécurité sociale, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation aux trois précédents 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, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

« a) À partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ;

« b) À partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. »

IV. – Après l'article L. 723-11 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 723-11-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 723-11-1.* – L'attribution de la pension de retraite est subordonnée à la cessation de l'activité d'avocat.

« Par dérogation au précédent alinéa, 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, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

« a) À partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 ;

« b) À partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. »

V. – L'article L. 732-39 du code rural est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est supprimé ;

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

« 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, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité donnant lieu à assujettissement au régime de protection sociale des non-salariés des professions agricoles dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 722-5 ou en fonction de coefficients d'équivalence fixés pour les productions hors-sol mentionnés à l'article L. 312-6 :

« a) À partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ;

« b) À partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. » ;

3° L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

4° Au dernier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « deux ».

VI. – L'article L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au précédent alinéa, 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, une pension peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

« a) À partir de l'âge prévu au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ;

« b) À partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. »

VII (*nouveau*). – Le présent article est applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Article 60

I. – L'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La majoration de pension prévue à l'article L. 351-1-2 s'ajoute également à ce montant minimum dans des conditions prévues par décret. »

II. – Le III de l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « trimestres de service » sont remplacés par les mots : « trimestres d'assurance » ;

2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Sont pris en compte pour ce calcul les trimestres entiers cotisés. » ;

3° Au dernier alinéa, le pourcentage : « 0,75 % » est remplacé par le pourcentage : « 1,25 % ».

III. – Le I et le 1° du II sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} avril 2009. Les 2° et 3° du II sont applicables aux trimestres d'assurance cotisés et effectués à compter du 1^{er} janvier 2009.

Article 61

I. – L'article L. 1237-5 du code du travail est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par les mots : « sous réserve des septième à neuvième alinéas : » ;

2° Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Pour les bénéficiaires d'une préretraite ayant pris effet avant le 1^{er} janvier 2010 et mise en œuvre dans le cadre d'un accord professionnel mentionné à l'article L. 5123-6 ; »

3° Le 4° est complété par les mots : « et ayant pris effet avant le 1^{er} janvier 2010 » ;

4° Sont ajoutés trois alinéas ainsi rédigés :

« Avant la date à laquelle le salarié atteint l'âge fixé au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale et dans un délai fixé par décret, l'employeur interroge par écrit le salarié sur son intention de quitter volontairement l'entreprise pour bénéficier d'une pension de vieillesse.

« En cas de réponse négative du salarié dans un délai fixé par décret ou à défaut d'avoir respecté l'obligation mentionnée à l'alinéa précédent, l'employeur ne peut faire usage de la possibilité mentionnée au premier alinéa pendant l'année qui suit la date à laquelle le salarié atteint l'âge fixé au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale.

« La même procédure est applicable les quatre années suivantes. »

II. – *Supprimé*.....

III. – À la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 1221-18 du code du travail, les mots : « âgés de soixante ans et plus licenciés » sont remplacés par les mots : « âgés de cinquante-cinq ans et plus licenciés ou ayant bénéficié de la rupture conventionnelle mentionnée à l'article L. 1237-11 ».

IV. – Au dernier alinéa du même article L. 1221-18, les mots : « au cours de l'année civile précédente » sont remplacés par les mots : « ou a été mis en retraite à l'initiative de l'employeur au cours de l'année civile précédente ainsi qu'aux employeurs dont au moins un salarié âgé de cinquante-cinq ans ou plus a été licencié ou a bénéficié de la rupture conventionnelle mentionnée à l'article L. 1237-11 au cours de l'année civile précédente ».

Article 61 bis (nouveau)

I. – L'article L. 421-9 du code de l'aviation civile est ainsi modifié :

1° Après la première phrase, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Dans le cas des vols en équipage avec plus d'un pilote, la limite d'âge pour exercer une activité en qualité de pilote ou de copilote du transport aérien public est fixée à soixante-cinq ans, à la condition qu'un seul des pilotes soit âgé de plus de soixante ans. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le personnel navigant de la section A du registre peut de droit, à partir de soixante ans, demander à bénéficier d'un reclassement dans un emploi au sol. En cas d'impossibilité pour l'entreprise de proposer un reclassement dans un emploi au sol, le contrat de travail est rompu. À soixante-cinq ans, le contrat de travail de ce personnel n'est pas rompu du seul fait que cette limite d'âge est atteinte, sauf impossibilité pour l'entreprise de proposer un reclassement dans un emploi au sol. »

II. – Le I entre en vigueur au 1^{er} janvier 2010.

Article 61 ter (nouveau)

I. – L'article L. 421-9 du code de l'aviation civile est ainsi modifié :

1° À la fin de la deuxième phrase, les mots : « d'un âge fixé par décret » sont remplacés par les mots : « de soixante-cinq ans » ;

2° La dernière phrase est supprimée ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le personnel navigant de la section D du registre peut de droit, à partir de cinquante-cinq ans, demander à bénéficier d'un

reclassement dans un emploi au sol. En cas d'impossibilité pour l'entreprise de proposer un reclassement dans un emploi au sol, le contrat de travail est rompu. À soixante-cinq ans, le contrat de travail de ce personnel n'est pas rompu du seul fait que cette limite d'âge est atteinte, sauf impossibilité pour l'entreprise de proposer un reclassement dans un emploi au sol. »

II. – Le présent article entre en vigueur au 1^{er} janvier 2010.

Article 62

I. – Après l'article 1^{er}-2 de la loi n° 84-834 du 13 septembre 1984 relative à la limite d'âge dans la fonction publique et le secteur public, il est inséré un article 1^{er}-3 ainsi rédigé :

« *Art. 1^{er}-3.* – Sous réserve des droits au recul des limites d'âge prévus par l'article 4 de la loi du 18 août 1936 concernant les mises à la retraite par ancienneté, les fonctionnaires régis par la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires appartenant à des corps ou des cadres d'emplois dont la limite d'âge est inférieure à soixante-cinq ans, sont sur leur demande, lorsqu'ils atteignent cette limite d'âge, maintenus en activité jusqu'à l'âge de soixante-cinq ans, dans les conditions prévues par décret en Conseil d'État, sous réserve de leur aptitude physique.

« Dès lors que le fonctionnaire a atteint la limite d'âge applicable à son corps, les 3° et 4° de l'article 34, les articles 34 *bis* et 63 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État, les 3°, 4° et 4° *bis* de l'article 57 et les articles 81 à 86 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, ainsi que les 3° et 4° de l'article 41, les articles 41-1 et 71 à 76 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière ne sont pas applicables. Lorsque le maintien en activité prend fin, le fonctionnaire est radié des cadres et admis à la retraite dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

« Les périodes de maintien en activité définies au présent article sont prises en compte dans la constitution et la liquidation des droits à pension des fonctionnaires et peuvent ouvrir droit à la surcote, dans les conditions prévues à l'article L. 14 du code des pensions civiles et militaires de retraite. »

II. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

Article 63

I. – L'indemnité temporaire accordée aux fonctionnaires pensionnés relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite majore le montant en principal de la pension d'un pourcentage fixé par décret selon la collectivité dans laquelle ils résident.

L'indemnité temporaire est accordée aux pensionnés qui justifient d'une résidence effective dans les collectivités suivantes : La Réunion, Mayotte, Saint-Pierre-et-Miquelon, Nouvelle-Calédonie, Wallis-et-Futuna et Polynésie française.

II. – À compter du 1^{er} janvier 2009, l'attribution de nouvelles indemnités temporaires est réservée aux pensionnés ayants droit remplissant, à la date d'effet de leur pension, en sus de l'effectivité de la résidence, les conditions suivantes :

1° a) Justifier de quinze ans de services effectifs dans une ou plusieurs collectivités mentionnées au I à partir d'un état récapitulatif de ces services fourni par les pensionnés et communiqué par leurs ministères d'origine ;

b) Ou remplir, au regard de la collectivité dans laquelle l'intéressé justifie de sa résidence effective, les critères d'éligibilité retenus pour l'octroi des congés bonifiés à leur bénéficiaire principal ;

2° a) Soit justifier d'une durée d'assurance validée au titre d'un ou des régimes de retraite de base obligatoires égale au nombre de trimestres nécessaire pour obtenir le pourcentage maximum de la pension civile ou militaire de retraite mentionné à l'article L. 13 du code des pensions civiles et militaires de retraite ;

b) Ou bénéficiaire d'une pension dont le montant n'a pas fait l'objet de l'application du coefficient de minoration prévu à l'article L. 14 du même code.

Ces nouveaux bénéficiaires doivent, en outre, avoir été radiés des cadres depuis moins de cinq années.

Les pensionnés dont la date d'effectivité de la résidence est postérieure au 13 octobre 2008 sont éligibles au versement de l'indemnité temporaire au titre du présent II.

L'indemnité temporaire de retraite ne sera plus attribuée à de nouveaux bénéficiaires à compter du 1^{er} janvier 2028.

III. – Le montant des indemnités temporaires octroyées à compter du 1^{er} janvier 2009 est égal au montant fixé à la date de première mise en paiement de l'indemnité et ne peut excéder un montant annuel défini par décret selon la collectivité de résidence. Ce plafond décroît dans des conditions prévues par décret. Il devient nul à compter du 1^{er} janvier 2028.

Lorsque l'indemnité temporaire est attribuée en cours d'année, les plafonds fixés par le décret prévu à l'alinéa précédent sont calculés au prorata de la durée effective de l'attribution de l'indemnité temporaire sur l'année considérée.

Les indemnités temporaires accordées aux pensionnés au titre du *a* du 1^o du II ouvrent droit à réversion au bénéfice du conjoint survivant sous réserve du respect, par ce dernier, de la condition d'effectivité de résidence fixée au I.

Les indemnités temporaires accordées aux pensionnés au titre du *b* du 1^o du II ouvrent droit à réversion au bénéfice du conjoint survivant sous réserve du respect, par ce dernier, de la condition d'effectivité de résidence sur le territoire de la collectivité au titre de laquelle l'indemnité temporaire a été octroyée.

IV. – Le montant des indemnités temporaires octroyées avant le 1^{er} janvier 2009 est fixé à la valeur en paiement au 31 décembre 2008 et ne peut excéder un montant annuel défini par décret selon la collectivité de résidence. Ce montant décroît jusqu'au 1^{er} janvier 2018.

Les indemnités temporaires accordées aux pensionnés au titre du présent IV ouvrent droit à réversion au bénéfice du conjoint survivant sous réserve du respect, par ce dernier, de la condition d'effectivité de résidence fixée au I.

V. – L'indemnité temporaire accordée avant le 1^{er} janvier 2009 aux pensionnés relevant du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre qui justifient d'une résidence effective dans les collectivités mentionnées au I est égale au pourcentage du montant en principal de la pension fixé par le décret prévu au I.

Le montant de cette indemnité est égal au montant fixé à la date de première mise en paiement pour les indemnités accordées à compter du 1^{er} janvier 2009. Il est égal au montant mis en paiement au 31 décembre 2008 pour les indemnités accordées avant le 1^{er} janvier 2009.

L'indemnité temporaire n'est plus attribuée à de nouveaux bénéficiaires à compter du 1^{er} janvier 2028.

VI. – Les services de la direction générale des finances publiques contrôlent l'attribution des indemnités temporaires. À ce titre, les demandeurs et bénéficiaires ainsi que les administrations de l'État et les collectivités territoriales sont tenus de communiquer les renseignements, justifications ou éclaircissements nécessaires à la vérification des conditions d'octroi et de l'effectivité de la résidence.

L'indemnité temporaire cesse d'être versée dès lors que la personne attributaire cesse de remplir les conditions d'effectivité de la résidence précisées par décret.

En cas d'infraction volontaire aux règles d'attribution des indemnités temporaires, leur versement cesse et les intéressés perdent définitivement le bénéfice de l'indemnité visée.

VII. – L'indemnité temporaire est soumise, en matière de cumul, aux mêmes règles que les pensions auxquelles elle se rattache.

Article 64

Pour l'année 2009, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 190,3 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de sécurité sociale, à 100,3 milliards d'euros.

Section 3

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

Article 65

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

1° À la première phrase du 1° de l'article L. 431-1, les mots : « la fourniture, la réparation et le renouvellement des appareils de prothèse et d'orthopédie nécessités par l'infirmité résultant de l'accident, la réparation et le remplacement de ceux que l'accident a rendu inutilisables, les » sont remplacés par les mots : « des frais liés à l'accident afférents aux produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et aux prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7, des » ;

2° Le premier alinéa de l'article L. 432-3 est ainsi modifié :

a) Les mots : « et fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments, » sont remplacés par les mots : « , des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et des prothèses dentaires inscrites sur la liste prévue à l'article L. 162-1-7 » ;

b) Sont ajoutées deux phrases ainsi rédigées :

« Toutefois, les tarifs des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et délivrés en application du 1° de l'article L. 431-1 sont majorés par application d'un

coefficient déterminé par arrêté dans la limite des frais réellement exposés lorsque leur prix n'est pas fixé conformément à l'article L. 165-3. Ce coefficient s'applique également à la cotation des prothèses dentaires établie dans la liste prévue à l'article L. 162-1-7. » ;

3° La section 2 du chapitre II du titre III du livre IV est abrogée.

II. – Au dernier alinéa de l'article L. 751-42 du code rural, les mots : « , selon les modalités techniques prévues en application de l'article L. 432-5 » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues à l'article L. 432-3 ».

Article 65 bis (nouveau)

Après l'article L. 143-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 143-10 ainsi rédigé :

« *Art. L. 143-10.* – Pour les contestations mentionnées aux 2° et 3° de l'article L. 143-1, le praticien-conseil du contrôle médical du régime de sécurité sociale concerné transmet, sans que puissent lui être opposées les dispositions de l'article 226-13 du code pénal, à l'attention du médecin expert ou du médecin consultant désigné par la juridiction compétente, l'entier rapport médical ayant contribué à la fixation du taux d'incapacité de travail permanente. À la demande de l'employeur, ce rapport est notifié au médecin qu'il mandate à cet effet. La victime de l'accident du travail ou de la maladie professionnelle est informée de cette notification.

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions d'application du présent article. »

Article 66

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

1° Après le troisième alinéa de l'article L. 433-1, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'indemnité journalière peut également être maintenue, après avis du médecin-conseil, lorsque la victime demande à accéder durant son arrêt de travail, avec l'accord du médecin traitant, aux actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L. 6313-1 du code du travail ou à d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire est partie prenante. La caisse informe l'employeur et le médecin du travail de sa décision de maintenir l'indemnité.

« L'indemnité journalière peut être rétablie pendant le délai mentionné à l'article L. 1226-11 du code du travail lorsque la victime ne peut percevoir aucune rémunération liée à son activité salariée. Le versement de l'indemnité cesse dès que l'employeur procède au reclassement dans l'entreprise du salarié inapte ou le licencie. Lorsque le salarié bénéficie d'une rente, celle-ci s'impute sur l'indemnité journalière. Un décret détermine les conditions d'application du présent alinéa. » ;

2° Au 3° de l'article L. 412-8, après le mot : « code, », sont insérés les mots : « les victimes menant des actions de formation professionnelle ou d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil dans les conditions prévues au quatrième alinéa de l'article L. 433-1, ».

II. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 1226-7 du code du travail, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le contrat de travail est également suspendu au cours de l'arrêt de travail mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale et donnant lieu à une action de formation professionnelle continue prévue à l'article L. 6313-1 du présent code ou à d'autres actions d'évaluation, d'accompagnement, d'information et de conseil auxquelles la caisse primaire est partie prenante. »

Article 67

I. – L'article 47 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 est abrogé.

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 880 millions d'euros au titre de l'année 2009.

III. – 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 2009.

Article 68

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2009, à 710 millions d'euros.

Article 69

Pour l'année 2009, 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 13,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 11,4 milliards d'euros.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 70

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

II. – À titre transitoire, la Caisse nationale des allocations familiales prend en charge une fraction des dépenses mentionnées au 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité

sociale égale à 70 % de ces dépenses pour l'année 2009 et 85 % de ces dépenses pour l'année 2010.

Article 71

La deuxième phrase du III de l'article L. 531-5 du code de la sécurité sociale et la seconde phrase du premier alinéa de l'article L. 531-6 du même code sont complétées par les mots : « et des horaires spécifiques de travail des parents ».

Article 72

I. – Le premier alinéa de l'article L. 421-4 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Dans la deuxième phrase, ~~après les mots : « le nombre de mineurs », sont insérés les mots : « de moins de trois ans »,~~ la première occurrence du mot : « trois » est remplacée par le mot : « quatre » et, après les mots : « limite de six », sont insérés les mots : « mineurs de tous âges » ;

2° Dans la troisième phrase, les mots : « trois enfants simultanément et » sont remplacés par les mots : « quatre enfants ~~de moins de trois ans~~ simultanément, dans la limite de » ;

3° Dans la quatrième phrase, le mot : « trois » est, par deux fois, remplacé par le mot : « quatre ».

II. – ~~À titre expérimental,~~ Afin d'élargir les conditions d'exercice de leur activité, les assistants maternels peuvent, par dérogation aux articles L. 421-1 et L. 423-1 du code de l'action sociale et des familles, accueillir des mineurs, selon les modalités fixées par leur agrément, en dehors de leur domicile lorsque leur activité s'exerce dans le même lieu et en même temps qu'au moins un autre assistant maternel.

Une convention est conclue entre l'organisme mentionné à l'article L. 212-2 du code de la sécurité sociale, l'assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles et le représentant de la collectivité territoriale concernée. Cette convention détermine les conditions d'exercice de l'activité conjointement par plusieurs assistants

maternels et d'accueil des enfants dans un lieu autre que le domicile d'un de ces assistants maternels. Elle comporte à titre obligatoire l'autorisation prévue à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique.

L'article 80 *sexies* du code général des impôts est applicable aux revenus professionnels liés à l'exercice de l'activité d'assistant maternel dans les conditions du présent II, sauf si celui-ci est salarié d'une personne morale de droit privé.

[]

Article 73

Pour l'année 2009, les objectifs de dépenses de la branche Famille sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 59,3 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 58,9 milliards d'euros.

Section 5

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

Article 74

I. – Les deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 217-3 du code de la sécurité sociale sont remplacés par deux alinéas ainsi rédigés :

[]

« Le directeur de la caisse nationale nomme le directeur ou l'agent comptable après concertation avec le président du conseil d'administration de l'organisme concerné et après avis du comité des carrières institué à l'article L. 217-5. Il en informe

préalablement le conseil d'administration de l'organisme concerné qui peut s'opposer à cette nomination à la majorité des deux tiers de ses membres.

« Le directeur de la caisse nationale peut mettre fin aux fonctions des directeurs et des agents comptables mentionnés au premier alinéa du présent article après avoir recueilli l'avis du président du conseil d'administration de l'organisme concerné et sous les garanties, notamment de reclassement, prévues par la convention collective. »

II. – *Supprimé*.....

Article 75

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

1° Au début de l'article L. 153-1, les mots : « À l'exception de celles de l'article L. 153-3, les dispositions du présent chapitre s'appliquent au régime général, par le régime social des indépendants » sont remplacés par les mots : « Les dispositions du présent chapitre s'appliquent au régime général, aux régimes de protection sociale agricole et au régime social des indépendants, » ;

2° L'article L. 153-3 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 153-3.* – Les budgets établis par les organismes à compétence nationale mentionnés aux articles L. 723-1 et L. 723-5 du code rural sont approuvés par l'autorité compétente de l'État. »

II. – Le code rural est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 723-12-1, sont insérés deux articles L. 723-12-2 et L. 723-12-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 723-12-2.* – La caisse centrale de la mutualité sociale agricole approuve, dans les conditions prévues à l'article L. 153-2 du code de la sécurité sociale, les budgets établis par les organismes mentionnés à l'article L. 723-1 du présent code. Elle veille à ce que le total des dépenses de fonctionnement des organismes de mutualité sociale agricole

soit contenu dans la limite des crédits fixés par la convention d'objectifs et de gestion. Elle met, le cas échéant, en œuvre les dispositions des articles L. 153-4 et L. 153-5 du code de la sécurité sociale.

« *Art. L. 723-12-3.* – La caisse centrale de la mutualité sociale agricole peut prescrire aux organismes de mutualité sociale agricole toutes mesures tendant à améliorer leur gestion ou à limiter leurs dépenses budgétaires. Au cas où ces prescriptions ne sont pas suivies, la caisse centrale peut mettre en demeure l'organisme de prendre, dans un délai déterminé, toutes mesures de redressement utiles. En cas de carence, la caisse centrale peut se substituer à l'organisme et ordonner la mise en application des mesures qu'elle estime nécessaires pour rétablir la situation de cet organisme. » ;

2° Aux premier et troisième alinéas de l'article L. 723-38, les mots : « l'autorité administrative compétente » sont remplacés par les mots : « le conseil d'administration de la caisse centrale de la mutualité sociale agricole » ;

3° La section 4 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par un article L. 723-48 ainsi rédigé :

« *Art. L. 723-48.* – La caisse centrale de la mutualité sociale agricole exerce un contrôle sur les opérations immobilières des caisses de mutualité sociale agricole et de leurs sociétés civiles immobilières ainsi que sur la gestion de leur patrimoine immobilier. Elle établit le plan immobilier national des organismes de mutualité sociale agricole et autorise les financements nécessaires aux opérations immobilières qu'elle inscrit sur ce plan. »

Section 6

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 76

Pour l'année 2009, 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	14,9

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 77 A (nouveau)

Après l'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 583-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 583-4.* – Aux fins de transmission aux organismes débiteurs des prestations familiales, les régimes obligatoires d'assurance maladie communiquent à l'administration fiscale le montant des indemnités journalières visées au 2° de l'article L. 431-1, dans les conditions fixées par la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »

Article 77

I. – L'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-14.* – I. – Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie :

« 1° Les bénéficiaires des régimes obligatoires des assurances maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladies professionnelles, de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1, de l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé mentionnée à l'article L. 863-1 ou de l'aide médicale de l'État mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

« 2° Les employeurs ;

« 3° Les professionnels et établissements de santé, ou toute autre personne physique ou morale autorisée à dispenser des soins, réaliser une prestation de service ou des analyses de biologie médicale ou délivrer des produits ou dispositifs médicaux aux bénéficiaires mentionnés au 1° ;

« 4° Tout individu impliqué dans le fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

« II. – La pénalité mentionnée au I est due pour :

« 1° Toute inobservation des règles du présent code, du code de la santé publique ou du code de l'action sociale et des familles ayant abouti à une demande, une prise en charge ou un versement indu d'une prestation en nature ou en espèces par l'organisme local d'assurance maladie. Il en va de même lorsque l'inobservation de ces règles a pour effet de faire obstacle aux contrôles ou à la bonne gestion de l'organisme ;

« 2° L'absence de déclaration, par les bénéficiaires mentionnés au 1° du I, d'un changement dans leur situation justifiant le service des prestations ;

« 3° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du présent code la protection complémentaire en matière de santé ou le bénéfice du droit à la déduction mentionnés à l'article L. 863-2 ;

« 4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission

à l'aide médicale de l'État mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ;

« 5° Le refus d'accès à une information, l'absence de réponse ou la réponse fautive, incomplète ou abusivement tardive à toute demande de pièce justificative, d'information, d'accès à une information ou à une convocation émanant de l'organisme local d'assurance maladie ou du service du contrôle médical dans le cadre d'un contrôle, d'une enquête ou d'une mise sous accord préalable prévus aux articles L. 114-9 à L. 114-21, L. 162-1-15, L. 162-1-17 et L. 315-1 ;

« 6° Une récidive après deux périodes de mise sous accord préalable en application de l'article L. 162-1-15 ;

« 7° Les abus constatés dans les conditions prévues au II de l'article L. 315-1 ;

« 8° Le refus par un professionnel de santé de reporter dans le dossier médical personnel les éléments issus de chaque acte ou consultation ;

« 9° Le non-respect par les employeurs des obligations mentionnées aux articles L. 441-2 et L. 441-5 ;

« 10° Le fait d'organiser ou de participer au fonctionnement d'une fraude en bande organisée.

« III. – Le montant de la pénalité mentionnée au I est fixé en fonction de la gravité des faits reprochés, soit proportionnellement aux sommes concernées dans la limite de 50 % de celles-ci, soit, à défaut de sommes déterminées ou clairement déterminables, forfaitairement dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'État pour la fixation de la pénalité.

« Le montant de la pénalité est doublé en cas de récidive dans un délai fixé par voie réglementaire.

« IV. – Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations

dans un délai fixé par voie réglementaire. À l'expiration de ce délai, le directeur :

« 1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ;

« 2° Notifie à l'intéressé un avertissement, sauf dans les cas prévus aux 3° et 4° du II ;

« 3° Ou saisit la commission mentionnée au V. À réception de l'avis de la commission, le directeur :

« a) Soit décide de ne pas poursuivre la procédure ;

« b) Soit notifie à l'intéressé la pénalité qu'il décide de lui infliger, en indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter. La pénalité est motivée et peut être contestée devant le tribunal administratif.

« En l'absence de paiement de la pénalité dans le délai prévu, le directeur envoie une mise en demeure à l'intéressé de payer dans un délai fixé par voie réglementaire. La mise en demeure ne peut concerner que des pénalités notifiées dans un délai fixé par voie réglementaire. Lorsque la mise en demeure est restée sans effet, le directeur peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. Une majoration de 10 % est applicable aux pénalités qui n'ont pas été réglées aux dates d'exigibilité mentionnées dans la mise en demeure.

« Le directeur ne peut concurremment recourir au dispositif de pénalité prévu par le présent article et aux procédures conventionnelles visant à sanctionner les mêmes faits.

« V. – La pénalité ne peut être prononcée qu'après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil ou du conseil d'administration de l'organisme local d'assurance maladie. Lorsqu'est en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, des représentants de la même profession ou des établissements concernés participent à cette commission.

« La commission mentionnée au premier alinéa apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la

réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.

« L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé.

« VI.- Lorsque plusieurs organismes locaux d'assurance maladie sont concernés par les mêmes faits mettant en cause une des personnes mentionnées au 3° du I, ils peuvent mandater le directeur de l'un d'entre eux pour instruire la procédure ainsi que pour prononcer et recouvrer la pénalité en leur nom.

« La constitution et la gestion de la commission mentionnée au V peuvent être déléguées à un autre organisme local d'assurance maladie, par une convention qui doit être approuvée par les conseils d'administration des organismes concernés.

« VII. – En cas de fraude manifeste établie dans des cas définis par voie réglementaire :

« 1° Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut prononcer une pénalité sans solliciter l'avis de la commission mentionnée au V ;

« 2° Les plafonds prévus au premier alinéa du III sont portés respectivement à 200 % et quatre fois le plafond mensuel de sécurité sociale. Dans le cas particulier de fraude commise en bande organisée, le plafond est porté à 300 % des sommes indûment présentées au remboursement ;

« 3° La pénalité prononcée ne peut être inférieure à 1/10^{ème} du plafond mensuel de sécurité sociale s'agissant des personnes mentionnées au 1° du I, à la moitié du plafond s'agissant des personnes physiques mentionnées au 3° du I et au montant de ce plafond pour les personnes mentionnées au 2° du I et les personnes morales mentionnées au 3° du I ;

« 4° Le délai mentionné au dernier alinéa du III est majoré par voie réglementaire ;

« 5° (*nouveau*) L'organisme local d'assurance maladie informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de la pénalité prononcée, ainsi que des motifs de cette pénalité.

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

II. – Le I s’applique aux faits commis postérieurement à la date de publication du décret pris en application du VIII de l’article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

Article 77 bis (nouveau)

L’article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, la référence : « de l’article L. 324-9 » est remplacée par les références : « des articles L. 8221-1 et L. 8221-3 » ;

2° Au deuxième alinéa :

a) Les références : « quatrième et cinquième alinéas de l’article L. 324-10 » sont remplacées par les références : « articles L. 8221-3 et L. 8221-5 » ;

b) Les références : « à l’article L. 324-12 » sont remplacées par les références : « aux articles L. 8271-7 à L. 8271-12 » ;

c) La référence : « L. 141-11 » est remplacée par la référence : « L. 3232-3 ».

Article 78

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

1° Après l’article L. 161-1-4, il est inséré un article L. 161-1-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-1-5.* – Pour le recouvrement d’une prestation indûment versée et sans préjudice des articles L. 133-4 du présent code et L. 725-3-1 du code rural, le directeur d’un organisme de sécurité sociale peut, dans les délais et selon les conditions fixés par voie réglementaire, délivrer une contrainte qui, à défaut d’opposition du débiteur devant la juridiction compétente, comporte tous les effets d’un jugement et confère notamment le bénéfice de l’hypothèque judiciaire. » ;

2° L'article L. 553-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. À défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du présent code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la loi n° _____ du _____ généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion. » ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « alinéa », sont insérés les mots : « , ainsi que celles mentionnées aux articles L. 835-3 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, L. 821-5-1 du présent code et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la loi n° _____ du _____ précitée. » ;

c) Au début du dernier alinéa, sont insérés les mots : « Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents, » ;

3° L'article L. 835-3 est ainsi modifié :

a) Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Tout paiement indu de l'allocation de logement est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur l'allocation à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. À défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir

dues soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du présent code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la loi n° _____ du _____ généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion. » ;

b) Au dernier alinéa, après le mot : « alinéa », sont insérés les mots : « ainsi que celles mentionnées aux articles L. 553-2 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, L. 821-5-1 du présent code et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la loi n° _____ du _____ précitée. » ;

c) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents, le montant de l'indu peut être réduit ou remis en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations. » ;

4° (*nouveau*) Après l'article L. 821-5, il est inséré un article L. 821-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 821-5-1.* – Tout paiement indu de prestations mentionnées au présent titre est, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, récupéré sur l'allocation à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. À défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues, soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1 du présent code, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la

loi n° du généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion.

« Les retenues mentionnées à l'alinéa précédent sont déterminées en application des règles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 553-2 du présent code. »

II. – L'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « est autorisé à récupérer » sont remplacés par le mot : « récupère » ;

b) Il est complété par une phrase ainsi rédigée :

« À défaut, l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1 du code de la sécurité sociale, soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1 du même code, soit au titre du revenu de solidarité active mentionné à l'article L. 262-1 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la loi n° du généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion. » ;

2° Au dernier alinéa, après les mots : « alinéa précédent », sont insérés les mots : « , ainsi que celles mentionnées aux articles L. 553-2 et L. 835-3 du code de la sécurité sociale, L. 821-5-1 du présent code et L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la loi n° du précitée. » ;

3° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents et dans les conditions prévues à l'article L. 351-14 du présent code, le montant de l'indu peut être réduit ou remis en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.

« L'article L. 161-1-5 du code de la sécurité sociale est applicable pour le recouvrement des sommes indûment versées. »

III (*nouveau*). – Le troisième alinéa de l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte de la loi n° du généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion, est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Sauf si le bénéficiaire opte pour le remboursement de l'indu en une seule fois, l'organisme mentionné au premier alinéa procède au recouvrement de tout paiement indu de revenu de solidarité active par retenues sur les montants à échoir.

« À défaut, l'organisme mentionné au premier alinéa peut également, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues au titre des prestations familiales et de l'allocation de logement mentionnées respectivement aux articles L. 511-1 et L. 831-1 du code de la sécurité sociale, au titre des prestations mentionnées au titre II du livre VIII du même code ainsi qu'au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation.

« Les retenues mentionnées aux troisième et quatrième alinéas du présent article sont déterminées en application des règles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 553-2 du code de la sécurité sociale.

« L'article L. 161-1-5 du même code est applicable pour le recouvrement des sommes indûment versées au titre du revenu de solidarité active. »

IV (*nouveau*). – Toutes les dispositions du présent article relatives aux indus de revenu de solidarité active entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2010.

Article 79

I. – Après l'article L. 114-21 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-22 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-22. – Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale et du régime d'assurance chômage peuvent échanger des données à caractère personnel, y compris des données relatives aux revenus des personnes, avec les organismes et institutions chargés de la gestion d'un régime équivalent au sein d'un État membre de l'Union européenne, d'un autre État partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou d'un État inscrit sur une liste fixée par voie réglementaire sous réserve qu'il impose à ses organismes et institutions des conditions de protection des données personnelles équivalentes à celles existant en France, aux fins de :

« 1° Déterminer la législation applicable et prévenir ou sanctionner le cumul indu de prestations ;

« 2° Déterminer l'éligibilité aux prestations et contrôler le droit au bénéfice de prestations lié à la résidence, à l'appréciation des ressources, à l'exercice ou non d'une activité professionnelle et à la composition de la famille ;

« 3° Procéder au recouvrement des cotisations et contributions dues et contrôler leur assiette. »

II (*nouveau*). – Après la première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 161-1-4 du même code, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Afin de permettre l'appréciation de ressources d'origine étrangère, le demandeur doit produire tout renseignement ou pièce justificative utile à l'identification de sa situation fiscale et sociale dans le pays dans lequel il a résidé à l'étranger au cours des douze mois précédant sa demande ou dans lequel il continue à percevoir des ressources. »

Article 80

I. – Le premier alinéa de l'article L. 351-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Lorsque la possibilité d'effectuer un versement de cotisations est ouverte en application de dispositions réglementaires au-delà du délai d'exigibilité mentionné à l'article L. 244-3 et à défaut de production de documents

prouvant l'activité rémunérée, ce versement ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée d'assurance de plus de quatre trimestres. »

II. – Le I est applicable aux décomptes de cotisations adressés par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 du code de la sécurité sociale et L. 723-3 du code rural à compter du 1^{er} janvier 2009.

ANNEXES

ANNEXE A

RAPPORT DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L’AFFECTATION DES EXCÉDENTS ET LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS SUR L’EXERCICE 2007

I. – Pour le régime général, l’exercice 2007 fait apparaître un déficit de 9,5 milliards d’euros.

Trois des quatre branches du régime général ont été déficitaires en 2007.

La branche Maladie du régime général a enregistré un déficit de 4,63 milliards d’euros, la branche Vieillesse un déficit de 4,57 milliards d’euros, et la branche Accidents du travail et maladies professionnelles un déficit de 0,46 milliard d’euros. Seule la branche Famille a enregistré un excédent de 0,16 milliard d’euros.

Aucune reprise de dette par la Caisse d’amortissement de la dette sociale n’est intervenue au titre des résultats de cet exercice 2007.

Aussi, ce déficit global a été couvert par les emprunts de trésorerie que peut conclure l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) auprès de la Caisse des dépôts et consignations ainsi que par l’émission par l’agence de billets de trésorerie sur le marché financier, le tout dans la limite du plafond fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, soit 28 milliards d’euros. Sur l’ensemble de l’année 2007, les charges financières de l’ACOSS, nettes des produits financiers, s’élèvent à 648 millions d’euros.

L’excédent de la branche Famille est resté acquis à cette branche.

II. – S’agissant des organismes concourant au financement des régimes :

1. *Couverture du déficit du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) :*

Le résultat du FFIPSA pour l’exercice 2007 a été déficitaire de 2,2 milliards d’euros, portant le déficit cumulé du fonds à 4,8 milliards d’euros.

Le financement de ces déficits, ainsi que du reliquat de dette du budget annexe des prestations sociales agricoles pour 0,6 milliard d’euros, a été assuré par les emprunts de trésorerie que peut conclure la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, sur délégation du FFIPSA, auprès du consortium bancaire CALYON dans la limite du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, soit 7,1 milliards d’euros.

2. *Affectation de l’excédent du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) :*

Le résultat du FSV pour l’exercice 2007 a été excédentaire de 0,15 milliard d’euros.

Cet excédent a permis de réduire le déficit cumulé du fonds, ramené à 4,8 milliards d’euros. Le FSV ne disposant pas de réserve et n’ayant pas le droit d’emprunter, ce déficit cumulé est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif.

L’excédent de 2007 a permis de réduire l’endettement du fonds vis-à-vis de la Caisse nationale d’assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) au titre de la prise en charge des cotisations de chômage. Au 31 décembre 2007, la dette vis-à-vis de la CNAVTS s’établissait en trésorerie à 5,3 milliards d’euros et celle vis-à-vis de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole à 0,1 milliard d’euros.

Ces montants de dette ont été financés *in fine* par les emprunts de trésorerie de l’ACOSS, dans les mêmes conditions que les déficits propres à la CNAVTS. En 2007, la charge d’intérêt liée aux déficits du FSV a représenté 271 millions d’euros.

ANNEXE B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

Hypothèses d'évolution moyenne sur la période 2009-2012

	2009	2010-2012
Produit intérieur brut en volume	1%	2,5%
Masse salariale du secteur privé.....	3,5%	4,6%
Objectif national de dépenses d'assurance maladie (en valeur).....	3,3%	3,3%
Inflation (hors tabac).....	2%	1,75%

Dans le cadre du projet de loi de programmation des finances publiques pour les années 2009 à 2012 délibéré en Conseil des ministres le 26 septembre 2008, le Gouvernement a présenté une trajectoire de retour à l'équilibre des finances sociales pour que le régime général revienne à l'équilibre en 2012. Les efforts entrepris ces dernières années, et qui ont porté leurs fruits, devront donc être poursuivis et approfondis, afin d'adapter le système de protection sociale aux enjeux de demain.

Le scénario économique retenu dans le cadre de la programmation pluriannuelle des finances publiques repose sur une hypothèse de croissance de 1 % en 2009 puis 2,5 % par an à partir de 2010. Le rebond de croissance dès 2010 repose sur l'hypothèse conventionnelle d'un retour de l'environnement

international sur un sentier de croissance moyen, et un rattrapage partiel des retards de croissance accumulés en 2008 et 2009.

Dans ce contexte, avec une progression de la masse salariale de 3,5 % en 2009 puis de 4,6 % les années suivantes, la stratégie de retour à l'équilibre du régime général d'ici 2012 repose sur trois leviers principaux :

- une maîtrise constante de la dépense pour accroître encore son efficience ;

- une adaptation des ressources au sein de la protection sociale, sans hausse de prélèvement, et une sécurisation des recettes par un meilleur encadrement des « niches » sociales ;

- un assainissement de la situation des comptes en 2009 afin de démarrer la période de programmation avec une situation apurée des déficits du passé.

1. Pour que le régime général revienne à l'équilibre en 2012 et que l'assurance maladie soit très proche de l'équilibre en 2011, il faut tenir une progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie de 3,3 % en valeur sur la période 2009-2012. Cet effort de maîtrise des dépenses, réaliste, implique de mobiliser l'ensemble des marges d'efficience du système de santé.

Les efforts de maîtrise des dépenses devront donc porter sur plusieurs axes :

- la régulation des dépenses de soins de ville, notamment sur les postes qui connaissent une croissance forte (médicaments, dispositifs médicaux,...) avec une meilleure association des organismes complémentaires aux actions de maîtrise des dépenses ;

- la réforme de l'hôpital pour en améliorer l'efficience ;

- le renforcement de la gestion du risque dans l'ensemble des domaines, ambulatoire, hospitalier et médico-social.

L'ensemble de ces efforts permettra à l'assurance maladie d'être très proche de l'équilibre en 2011 et de renouer avec les excédents en 2012 (+ 0,7 milliard d'euros).

2. Compte tenu du caractère ambitieux des objectifs de maîtrise de la dépense, la trajectoire cible de redressement des finances sociales ne pourra être respectée qu'à la condition que la ressource sociale évolue au même rythme que la richesse nationale.

Cet objectif impose tout d'abord que les ressources actuelles soient réparties au mieux entre les fonctions sociales et qu'elles soient notamment redéployées en direction de l'assurance vieillesse pour faire face au vieillissement de la population. Le redressement des comptes de l'assurance vieillesse repose donc sur une prise en charge par la branche famille de dépenses de retraites à caractère familial : les majorations de pensions pour enfants, dont 1,8 milliard d'euros sont aujourd'hui à la charge du Fonds de solidarité vieillesse, seront donc intégralement prises en charge par la branche famille d'ici 2011. Par ailleurs, comme envisagé lors des débats sur la loi du 21 août 2003, l'amélioration de la situation financière de l'assurance chômage pourrait permettre une baisse des cotisations d'assurance chômage qui viendrait neutraliser l'impact du relèvement progressif des cotisations vieillesse (0,3 point en 2009, 0,4 point en 2010 et 0,3 point en 2011).

Ces réallocations de ressources au sein de la protection sociale permettront de réduire de plus de moitié le déficit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse entre 2008 (- 5,7 milliards d'euros) et 2012 (- 2,3 milliards d'euros). Au-delà de l'apport de ressources nouvelles, la clef du redressement des comptes de l'assurance vieillesse repose sur l'amélioration de l'emploi des seniors : le Gouvernement propose plusieurs mesures fortes dans le cadre de la présente loi et prévoit de faire un nouveau bilan de leur efficacité et de la situation des comptes de l'assurance vieillesse en 2010.

Plus généralement, la préservation de ressources globales dynamiques pour la protection sociale, dans un contexte de stabilité des taux de prélèvement sur les salaires, exige d'éviter toute forme d'érosion de l'assiette du prélèvement, grâce à une lutte plus sévère contre la fraude, un encadrement des formes d'optimisation conduisant à des pertes de recettes trop importantes et également une meilleure maîtrise du

développement des « niches » sociales. Le projet de loi de programmation des finances publiques prévoit trois règles pour mieux encadrer les dispositifs d'exonération, de réduction ou d'abattement d'assiette : une évaluation systématique des dispositifs trois ans après leur création, un objectif annuel de coût des exonérations, réductions ou abattements d'assiette et la mise en place d'une règle de gage en cas de création ou d'augmentation d'une niche.

3. La trajectoire de retour à l'équilibre repose enfin sur un effort significatif fait dès 2009 pour assainir et clarifier les comptes.

La reprise des déficits cumulés des branches Maladie et Vieillesse du régime général, ainsi que ceux du Fonds de solidarité vieillesse par la CADES, prévue par la présente loi, permet au régime général d'économiser des charges d'intérêt à hauteur de 1,1 milliard d'euros. Afin de respecter l'objectif de stabilisation du taux de prélèvements obligatoires et de ne pas allonger la durée de vie de la CADES, celle-ci bénéficie d'une partie de la contribution sociale généralisée aujourd'hui affectée au FSV. Le FSV, qui bénéficie, dès 2009, de la reprise de sa propre dette de 3,9 milliards d'euros, connaît un déficit temporaire qui se réduit à 400 millions d'euros dès 2011 et renoue avec l'équilibre en 2012.

En outre, la question du financement du régime de protection sociale des exploitants agricoles est traitée dans le cadre de la loi de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, ce qui conduit à la suppression du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles à partir de 2009. La dette accumulée par le FFIPSA sera reprise par l'État. Par ailleurs, une garantie pérenne de financement sera assurée pour les prestations maladie, grâce d'une part à un apport de ressources nouvelles en provenance de l'État (1,2 milliard d'euros) et d'autre part à l'intégration financière de cette branche au régime général. La Mutualité sociale agricole, qui assure la gestion de l'ensemble des prestations, prend en charge le financement de la branche Vieillesse dans le cadre d'une autorisation d'emprunt à court terme donnée par la loi de financement de la sécurité sociale. Un

bilan sera fait en 2010 sur les moyens de rééquilibrer aussi la branche Vieillesse de la protection sociale des exploitants agricoles, qui bénéficie dès 2009 des économies de 200 millions d'euros de frais financiers liés à la reprise de dette par l'État.

Régime général

(En milliards d'euros)

	<u>2007</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>
<u>Maladie</u>						
Recettes	<u>144,4</u>	<u>151,0</u>	<u>157,4</u>	<u>164</u>	<u>171,2</u>	<u>178,7</u>
Dépenses	<u>149,0</u>	<u>155,0</u>	<u>160,7</u>	<u>166,3</u>	<u>172,3</u>	<u>178,5</u>
Solde	<u>-4,6</u>	<u>-4,0</u>	<u>-3,3</u>	<u>-2,2</u>	<u>-1,1</u>	<u>0,2</u>
<u>Accidents du travail / Maladies professionnelles</u>						
Recettes	<u>10,2</u>	<u>11,0</u>	<u>11,4</u>	<u>11,9</u>	<u>12,5</u>	<u>13,2</u>
Dépenses	<u>10,6</u>	<u>10,6</u>	<u>11,4</u>	<u>11,6</u>	<u>11,8</u>	<u>12,1</u>
Solde	<u>-0,5</u>	<u>0,4</u>	<u>0,0</u>	<u>0,4</u>	<u>0,7</u>	<u>1,1</u>
<u>Famille</u>						
Recettes	<u>54,6</u>	<u>56,9</u>	<u>58,6</u>	<u>61,1</u>	<u>63,7</u>	<u>66,3</u>
Dépenses	<u>54,5</u>	<u>56,4</u>	<u>58,9</u>	<u>60,9</u>	<u>63,0</u>	<u>64,6</u>
Solde	<u>0,2</u>	<u>0,4</u>	<u>-0,2</u>	<u>0,2</u>	<u>0,6</u>	<u>1,7</u>
<u>Vieillesse</u>						
Recettes	<u>85,7</u>	<u>89,8</u>	<u>95,3</u>	<u>101,7</u>	<u>108,4</u>	<u>112,8</u>
Dépenses	<u>90,3</u>	<u>95,6</u>	<u>100,3</u>	<u>105,3</u>	<u>110,1</u>	<u>115,1</u>
Solde	<u>-4,6</u>	<u>-5,7</u>	<u>-5,0</u>	<u>-3,6</u>	<u>-1,7</u>	<u>-2,3</u>
<u>Toutes branches consolidé</u>						
Recettes	<u>290,0</u>	<u>303,4</u>	<u>316,9</u>	<u>332,7</u>	<u>349,5</u>	<u>364,6</u>
Dépenses	<u>299,5</u>	<u>312,3</u>	<u>325,4</u>	<u>338,0</u>	<u>351,0</u>	<u>363,8</u>
Solde	<u>-9,5</u>	<u>-8,9</u>	<u>-8,5</u>	<u>-5,3</u>	<u>-1,4</u>	<u>0,8</u>

Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	<u>2007</u>	<u>2008</u>	<u>2009</u>	<u>2010</u>	<u>2011</u>	<u>2012</u>
Maladie						
Recettes.....	167,6	175,4	183,1	189,9	197,9	206,4
Dépenses.....	172,7	179,4	185,6	192,0	198,9	206,1
Solde.....	-5,0	-3,9	-2,5	-2,2	-1,1	0,3
Accidents du travail / Maladies professionnelles						
Recettes.....	11,7	12,6	13,1	13,7	14,3	15,0
Dépenses.....	12,0	12,2	13,0	13,2	13,5	13,8
Solde.....	-0,4	0,4	0,1	0,5	0,8	1,2
Famille						
Recettes.....	55,1	57,3	59,1	61,6	64,2	66,9
Dépenses.....	54,9	56,9	59,3	61,5	63,5	65,2
Solde.....	0,2	0,5	-0,2	0,2	0,7	1,7
Vieillesse						
Recettes.....	169,0	175,7	183,3	192,9	202,5	210,1
Dépenses.....	172,9	181,2	190,3	198,6	206,8	214,9
Solde.....	-3,9	-5,6	-7,0	-5,7	-4,3	-4,8
Toutes branches consolidé						
Recettes.....	398,3	415,6	432,7	451,8	472,4	491,7
Dépenses.....	407,4	424,3	442,2	459,1	476,3	493,3
Solde.....	-9,1	-8,7	-9,5	-7,2	-3,9	-1,6

Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes.....	14,5	15,3	14,1	14,3	14,8	15,3
Dépenses.....	14,4	14,4	14,9	15,1	15,2	15,3
Solde.....	0,2	0,9	-0,8	-0,8	-0,4	0,0

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

(En milliards d'euros)

	2007	2008
Recettes.....	14,3	14,4
Dépenses.....	16,5	17,0
Solde.....	-2,2	-2,6

ANNEXE C

ÉTAT DES RECETTES PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE : des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ; du régime général de la sécurité sociale ; des fonds concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale

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

Exercice 2007

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail / Maladies profession -nelles	Total par catégorie
Cotisations effectives	72,4	126,8	31,3	8,2	238,7
Cotisations fictives	1,1	1,1	0,1	0,3	2,7
Cotisations prises en charge par l'État.....	1,8	1,4	0,7	0,3	4,2
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	1,6	6,9	6,6	0,1	15,2
Impôts et taxes affectées..... <i>Dont contribution sociale généralisée</i>	75,0 56,7	12,6 0,0	15,7 11,7	2,0 0,0	105,3 68,3
Transferts reçus	12,9	18,7	0,0	0,1	26,8
Revenus des capitaux	0,1	0,3	0,1	0,0	0,4
Autres ressources	2,7	1,1	0,3	0,7	4,8
Total par branche.....	167,6	169	55,1	11,7	398,3

Exercice 2008 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail / Maladies profession -nelles	Total par catégorie
Cotisations effectives	74,8	94,8	32,8	9,2	211,5
Cotisations fictives	1,1	36,7	0,1	0,3	38,2
Cotisations prises en charge par l'État	2,1	1,6	0,7	0,1	4,5
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	1,8	7,4	6,6	0,1	15,8
Impôts et taxes affectées ...	79,0	14,7	16,5	2,1	112,3
<i>Dont contribution sociale généralisée.....</i>	<i>59,3</i>	<i>0,0</i>	<i>12,2</i>	<i>0,0</i>	<i>71,5</i>
Transferts reçus	14,1	19,2	0,0	0,1	28,3
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources	2,4	1,1	0,3	0,7	4,5
Total par branche	175,4	175,7	57,3	12,6	415,6

Exercice 2009 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail / Maladies profession -nelles	Total par catégorie
<u>Cotisations effectives</u>	<u>77,8</u>	<u>100,3</u>	<u>33,8</u>	<u>9,5</u>	<u>221,4</u>
<u>Cotisations fictives</u>	<u>1,2</u>	<u>39,0</u>	<u>0,1</u>	<u>0,3</u>	<u>40,6</u>
<u>Cotisations prises en charge par l'État</u>	<u>1,8</u>	<u>1,4</u>	<u>0,7</u>	<u>0,1</u>	<u>4,0</u>
<u>Cotisations prises en charge par la sécurité</u>					

<u>sociale</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,3</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>
<u>Autres contributions</u>					
<u>publiques.....</u>	<u>0,4</u>	<u>6,2</u>	<u>7,0</u>	<u>0,1</u>	<u>13,7</u>
<u>Impôts et taxes affectées ...</u>	<u>83,4</u>	<u>15,4</u>	<u>16,8</u>	<u>2,2</u>	<u>117,8</u>
<u>Dont contribution</u>					
<u>sociale généralisée.....</u>	<u>60,3</u>	<u>0,0</u>	<u>12,4</u>	<u>0,0</u>	<u>72,7</u>
<u>Transferts reçus.....</u>	<u>15,8</u>	<u>19,8</u>	<u>0,0</u>	<u>0,1</u>	<u>30,5</u>
<u>Revenus des capitaux.....</u>	<u>0,0</u>	<u>0,2</u>	<u>0,2</u>	<u>0,0</u>	<u>0,5</u>
<u>Autres ressources</u>	<u>2,6</u>	<u>0,9</u>	<u>0,3</u>	<u>0,8</u>	<u>4,6</u>
<u>Total par branche</u>	<u>183,1</u>	<u>183,3</u>	<u>59,1</u>	<u>13,1</u>	<u>432,7</u>

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 2007

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail / Maladies profession -nelles	Total par catégorie
Cotisations effectives	64,6	60,2	31,1	7,5	163,4
Cotisations fictives.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État.....	1,6	1,3	0,7	0,3	3,9
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2
Autres contributions publiques.....	0,4	0,1	6,6	0,0	7,1
Impôts et taxes affectées ...					
<i>Dont contribution</i>					
<i>sociale généralisée.....</i>	63,2	7,3	15,6	1,8	87,9

	49,8	0,0	11,7	0,0	61,4
Transferts reçus.....	11,9	16,6	0,0	0,1	23,9
Revenus des capitaux.....	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources.....	2,6	0,2	0,3	0,5	3,5
Total par branche.....	144,4	85,7	54,6	10,2	290,0

Exercice 2008 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail / Maladies profession- nelles	Total par catégorie
Cotisations effectives.....	67,0	61,1	32,4	8,5	168,9
Cotisations fictives.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État.....	1,7	1,4	0,7	0,0	3,9
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	0,1	0,0	0,3	0,0	0,2
Autres contributions publiques.....	0,4	0,2	6,6	0,0	7,1
Impôts et taxes affectées ... <i>Dont contribution sociale généralisée.....</i>	66,8 52,2	9,8 0,0	16,5 12,2	2,0 0,0	95,0 64,4
Transferts reçus.....	12,7	17,0	0,0	0,1	24,8
Revenus des capitaux.....	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources.....	2,3	0,4	0,3	0,4	3,3
Total par branche.....	151,0	89,8	56,9	11,0	303,4

Exercice 2009 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail / Maladies profession -nelles	Total par catégorie
<u>Cotisations effectives</u>	<u>69,6</u>	<u>65,2</u>	<u>33,5</u>	<u>8,8</u>	<u>177,0</u>
<u>Cotisations fictives</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>
<u>Cotisations prises en charge par l'État</u>	<u>1,6</u>	<u>1,3</u>	<u>0,6</u>	<u>0,0</u>	<u>3,5</u>
<u>Cotisations prises en charge par la sécurité sociale</u>	<u>0,1</u>	<u>0,0</u>	<u>0,3</u>	<u>0,0</u>	<u>0,2</u>
<u>Autres contributions publiques</u>	<u>0,4</u>	<u>0,2</u>	<u>7,0</u>	<u>0,0</u>	<u>7,6</u>
<u>Impôts et taxes affectées ...</u>	<u>69,0</u>	<u>10,5</u>	<u>16,7</u>	<u>2,0</u>	<u>98,3</u>
<u>Dont contribution sociale généralisée</u>	<u>52,8</u>	<u>0,0</u>	<u>12,4</u>	<u>0,0</u>	<u>65,2</u>
<u>Transferts reçus</u>	<u>14,3</u>	<u>17,8</u>	<u>0,0</u>	<u>0,1</u>	<u>27,0</u>
<u>Revenus des capitaux</u>	<u>0,0</u>	<u>0,0</u>	<u>0,2</u>	<u>0,0</u>	<u>0,2</u>
<u>Autres ressources</u>	<u>2,5</u>	<u>0,4</u>	<u>0,3</u>	<u>0,4</u>	<u>3,5</u>
<u>Total par branche</u>	<u>157,4</u>	<u>95,3</u>	<u>58,6</u>	<u>11,4</u>	<u>316,9</u>

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

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

(En milliards d'euros)

Exercice 2007	(En milliards d'euros)	
	Fonds de solidarité vieillesse	Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles
Cotisations effectives.....	0,0	1,7
Cotisations fictives	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État.....	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées.....	12,2	6,2
Dont contribution sociale généralisée.....	11,1	1,0
Transferts reçus	2,3	6,3
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources.....	0,0	0,1
Total par organisme	14,5	14,3

(En milliards d'euros)

Exercice 2008 (prévisions)	(En milliards d'euros)	
	Fonds de solidarité vieillesse	Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles
Cotisations effectives.....	0,0	1,8
Cotisations fictives	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État.....	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées.....	12,9	6,2
Dont contribution sociale généralisée.....	11,5	1,0
Transferts reçus	2,4	6,3
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources.....	0,0	0,1
Total par organisme	15,3	14,4

(En milliards d'euros)

Exercice 2009 (prévisions)	Fonds de solidarité vieillesse
Cotisations effectives.....	0,0
Cotisations fictives	0,0
Cotisations prises en charge par l'État.....	0,0
Autres contributions publiques	0,0
Impôts et taxes affectées.....	11,2
.....	
Dont contribution sociale généralisée.....	9,5
.....	
Transferts reçus	2,9
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources.....	0,0
Total par organisme	14,1