

**RÉPUBLIQUE FRANÇAISE**

Ministère du budget, des comptes  
publics et de la fonction publique

**NOR : BCFX0766311L/B1**

**Projet de loi**

**de financement de la sécurité sociale pour 2008**

-----

<p><b>PREMIER E PARTIE</b>  <b>Disposition s relatives à l'exercice 2006</b></p>
--

**Article 1<sup>er</sup>**

Au titre de l'exercice 2006, 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	160,1	166,0	-5,9
Vieillesse	162,2	163,2	-1,0
Famille	52,9	53,7	-0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,2	11,3	-0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	381,4	389,2	-7,8

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

(en milliards d'euros)

	Recettes	Dépenses	SOLDE
Maladie	137,5	143,4	-5,9
Vieillesse	83,0	84,8	-1,9
Famille	52,5	53,4	-0,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	9,8	9,9	-0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	277,8	286,6	-8,7

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 (FSV)	13,5	14,7	-1,3
Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA)	15,0	16,3	-1,3

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 141,8 milliards d'euros ;

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

6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES), s'élevant à 2,8 milliards d'euros.

### **Exposé des motifs**

Par rapport aux tableaux d'équilibre présentés dans la partie rectificative de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (article 3), il est constaté une amélioration des soldes 2006 du régime général (+1 milliard d'euros), de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale (+1 milliard d'euros) et du Fonds de financement des prestations sociales agricole (+0,6 milliard d'euros). Ces écarts s'expliquent par le dynamisme des recettes très supérieur à celui de la prévision, notamment pour les cotisations du secteur public et la CSG. Pour le FFIPSA, des opérations comptables sur l'enregistrement en droits constatés des produits des droits de consommation sur les tabacs ont majoré les recettes de 0,5 milliard d'euros.

Les autres montants relatifs à l'exercice 2006 sont proches de ceux figurant aux articles 6 et 7 de la loi de financement pour 2007. Le montant de la dette amortie par la CADES a été conforme à l'objectif présenté en LFSS pour 2007.

## 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<sup>er</sup> de la présente loi, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2006.

**DEUXIEME PARTIE**  
**Dispositions relatives à l'année 2007**

Section 1

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

**Article 3**

Au titre de l'année 2007, sont rectifiées, conformément aux tableaux qui suivent :

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes	Objectifs de dépenses	SOLDE
Maladie	166,8	173,4	-6,6
Vieillesse	168,0	172,1	-4,0
Famille	54,7	55,1	-0,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,3	11,6	-0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	395,5	406,9	-11,4

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	143,5	149,7	-6,2
Vieillesse	85,4	90,0	-4,6
Famille	54,3	54,8	-0,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,0	10,4	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	288,0	299,6	-11,7

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)

	Prévisions de Recettes	Prévisions de charges	SOLDE
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	14,0	14,2	-0,3
Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA)	14,2	16,5	-2,3

### Exposé des motifs

Par rapport aux tableaux d'équilibre pour l'exercice 2007 présentés dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 (articles 33 à 36), le solde du régime général s'est dégradé de 3,7 milliards d'euros et celui de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale de près de 4 milliards d'euros. Alors que la prévision sur les recettes reste conforme, et même légèrement supérieure à celle de la LFSS pour 2007, les objectifs de dépenses sur les branches maladie et vieillesse croissent fortement : respectivement +2,9 milliards d'euros et 1 milliard d'euros. Pour la maladie, l'augmentation plus forte des dépenses porte principalement sur la consommation des soins de ville, après deux années de progression très modérée. Le rythme des dépenses vieillesse est lié à des modifications d'hypothèses relatives aux comportements des départs des assurés compte tenu des comportements constatés en 2006.

#### **Article 4**

I. - Au titre de l'année 2007, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,6 milliards d'euros.

II. - Au titre de l'année 2007, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à 1,6 milliard d'euros.

#### **Exposé des motifs**

Par rapport à la LFSS pour 2007 (article 37), l'objectif d'amortissement de la CADES a été revu à la hausse de près de 100 millions d'euros compte tenu de recettes de CRDS plus dynamiques qu'escompté.

En 2007, les montants dont devraient bénéficier le FRR sont conformes à ceux prévus dans la LFSS 2007 (article 37). Ils sont constitués pour la quasi-totalité des recettes du 2 % sur les revenus du capital.

## Section 2

**Dispositions relatives aux dépenses****Article 5**

Au I de l'article 94 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, le montant : « 195 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 125 millions d'euros » et le montant : « 178 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 108 millions d'euros ».

**Exposé des motifs**

Le Fond d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) contribue au financement du dossier médical personnel (DMP) en allouant une dotation au groupement d'intérêt public (GIP) DMP. La dotation pour 2007 accordée par décision du bureau du FAQSV le 7 mars dernier est de 120 millions d'euros sur une dotation globale de l'assurance maladie au FAQSV de 178 millions d'euros. La réalisation 2007 sera toutefois inférieure à cette dotation, compte tenu des délais dans la mise en œuvre du DMP. On peut ainsi estimer que 70 millions d'euros ne seront pas consommés en 2007. Le présent article diminue donc la dotation versée en loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 du même montant.

**Article 6**

I. - Au titre de l'année 2007, 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	173,4
Vieillesse	172,1
Famille	55,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	406,9

II. - Au titre de l'année 2007, 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	149,7
Vieillesse	90,0
Famille	54,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	299,6

**Exposé des motifs**

Les objectifs de dépenses pour 2007 ont été réévalués, principalement pour la maladie, en lien avec la révision de près de 3 milliards d'euros de l'ONDAM et, pour la branche vieillesse, du fait du dynamisme des départs à la retraite.

### Article 7

Au titre de l'année 2007, 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	69,4
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	47,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	4,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,0
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,8
Total	147,7

### Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 avait fixé un objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2007 de 144,8 milliards d'euros. Le dépassement prévisionnel a été estimé par la commission des comptes de la sécurité sociale à 2,9 milliards d'euros, soit une progression de +4,2 % des dépenses par rapport à la base 2007 réactualisée. L'essentiel du dépassement est imputable au sous-objectif des dépenses de soins de ville (+2,8 milliards d'euros), du fait des forts épisodes épidémiques constatés en début d'année et du fort dynamisme des prescriptions. S'agissant des établissements de santé et médico-sociaux, l'évolution des dépenses devrait être conforme à l'objectif voté.

Le présent article rectifie l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au regard de ces prévisions.

**TROISIEME PARTIE**  
**Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2008**

**Article 8**

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2008-2011), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

## Section 1

**Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base  
et des organismes concourant à leur financement****Article 9**

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

1° Au troisième alinéa de l'article L. 162-16-5-1, les mots : « à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « aux organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » ;

2° La première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-17-2-1 est remplacée par les dispositions suivantes : « La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » ;

3° A l'antépénultième alinéa de l'article L. 162-17-4 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-17-7, les mots : « l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » ;

4° L'article L. 162-18 est complété par la phrase suivante : « Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale ».

5° Au premier alinéa de l'article L. 245-1, après les mots : « des travailleurs salariés » sont insérés les mots : « et de la Haute Autorité de santé » ;

6° A l'article L. 245-2 :

a) Au I, les mots : « du dernier exercice clos » sont remplacés par les mots : « du ou des exercices clos depuis la dernière échéance » ;

b) Au II, le 1° est complété par une phrase ainsi rédigée : « L'abattement forfaitaire est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois » ;

c) Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les entreprises appartenant à un groupe, les abattements mentionnés aux 2° et 3° sont reportés, lorsqu'ils sont supérieurs à l'assiette de la contribution, au bénéfice d'une ou plusieurs entreprises appartenant au même groupe selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

7° A l'article L. 245-4 :

a) Au premier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » et les mots : « du dernier exercice clos » sont remplacés par les mots : « du ou des exercices clos depuis la dernière échéance » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant du chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois. » ;

8° A l'article L. 245-5-2 :

a) Au premier alinéa, les mots : « du dernier exercice clos » sont remplacés par les mots : « du ou des exercices clos depuis la dernière échéance » ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « inscrits » sont insérés les mots : « aux titres I<sup>er</sup> et III » ;

c) L'avant-dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cet abattement est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois. » ;

9° A l'article L. 245-5-3 :

a) Au premier alinéa, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre » et les mots : « du dernier exercice clos » sont remplacés par les mots : « du ou des exercices clos depuis la dernière échéance » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant du chiffre d'affaires mentionné au premier alinéa est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois. »

II. - Une contribution exceptionnelle, qui comporte deux parts définies ci-après, est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes pour l'année civile 2008 réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Elle est due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique.

Le montant des ventes de médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins n'est pas inclus dans l'assiette de la contribution.

Pour la détermination de l'assiette de la contribution, il n'est tenu compte que de la partie du prix de vente hors taxes aux officines inférieure à un montant de 150 € augmenté de la marge maximum que les entreprises mentionnées au premier alinéa sont autorisées à percevoir sur cette somme en application de l'arrêté prévu à l'article L. 162-38 du code de la sécurité sociale.

La contribution est composée de deux parts. La première a pour assiette le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année 2008 ; son montant est égal au produit de cette assiette par un taux de 0,22 %. La seconde part a pour assiette la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année 2008 et celui réalisé au cours de l'année 2007 ; son montant est égal au produit de cette assiette par un taux de 1,5 %. Si le montant de cette seconde part est négatif, il vient en déduction de la première part. Dans l'hypothèse où le résultat de cette soustraction est négatif, la contribution totale est nulle.

Lorsqu'une entreprise a débuté son activité commerciale en 2007 ou en 2008, elle n'est redevable que de la première part de la contribution.

La contribution est recouvrée le 1<sup>er</sup> septembre 2009 dans les conditions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23 du code de la sécurité sociale. Son produit est réparti dans les conditions prévues à l'article L. 162-37 du même code.

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

1° Au troisième alinéa de l'article L. 245-6, le taux : « 0,6 % » est remplacé par le taux : « 1 % » ;

2° L'article L. 245-6-1 est abrogé.

IV. - Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2008 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.

V. - Les dispositions des 1°, 2°, 3° et 4° du I entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2008.

## **Exposé des motifs**

Le I de cet article procède à diverses modifications de l'assiette et du régime de recouvrement applicable aux taxes pharmaceutiques.

Les 1° à 4° simplifient le dispositif prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 en transférant à la fois le recouvrement des taxes pharmaceutiques comme celui des pénalités aux URSSAF désignées par le directeur de l'ACOSS.

La recherche d'une plus grande équité entre les contribuables et la volonté d'améliorer la cohérence rédactionnelle des textes concernés conduisent par ailleurs à modifier les dispositions relatives aux contributions assises sur les dépenses de promotion sur les médicaments remboursables et sur certains dispositifs médicaux.

En premier lieu, les règles d'assujettissement et de calcul de ces contributions font référence aux « chiffres d'affaires » et « aux charges comptabilisées » au titre du dernier exercice clos, sans distinction de la durée de cet exercice, qui peut être supérieur ou inférieur à douze mois, et sans prendre en compte l'éventualité qu'entre deux échéances d'une contribution, une même entreprise puisse avoir clôturé plusieurs exercices. En conséquence il est proposé de moduler les paramètres de calcul de ces contributions en fonction de la durée réelle des exercices fiscaux et de faire porter les contributions sur l'ensemble des exercices clos entre deux échéances et non plus sur le seul dernier exercice clos. Tel est l'objet des *a* et *b* du 6° et du 7° (dépenses de promotion des médicaments) et des *a* et *c* du 8° ainsi que des *a* et *b* du 9° (dépenses de promotion des dispositifs médicaux).

En second lieu, l'objet du *c* du 6° est d'autoriser, dans un souci d'équité, au sein des groupes pharmaceutiques, la possibilité de reporter la fraction d'abattement sur les chiffres d'affaires des génériques ou des médicaments orphelins non utilisée par une entité du groupe sur ces autres entités. En effet, dans certains groupes ayant spécialisé une de leur filiale sur le développement des génériques ou des médicaments orphelins, le montant des abattements de 30 % des chiffres d'affaires réalisés sur ces spécialités est souvent supérieur aux dépenses de promotion constituant l'assiette de la contribution de cette entité.

En dernier lieu, il s'agit de rectifier deux incohérences rédactionnelles.

La première, relative à la contribution assise sur les dépenses de prospection et d'information des laboratoires pharmaceutiques, porte sur l'affectation du produit de la contribution. L'article L. 245-1 prévoit une affectation du produit de la contribution au profit de la CNAMTS alors que les dispositions du 5° de l'article L. 161-45 prévoient l'affectation d'une fraction de 10 % du produit de la contribution au profit de la Haute Autorité de santé. Tel est l'objet du 5°.

La seconde, relevée par la Cour des comptes et relative à la contribution assise sur la promotion des dispositifs médicaux, porte sur la définition des dépenses de promotion constituant l'assiette de la contribution qui, à l'article L. 245-5-2, vise l'intégralité des dispositifs inscrits sur la liste de l'article L. 165-1, alors que la contribution définie à l'article L. 245-5-1 ne vise que les titres I<sup>er</sup> et III de cette liste. C'est l'objet du *b* du 8°.

Le II de cet article crée une contribution exceptionnelle assise sur le chiffre d'affaires hors taxes des grossistes. Le montant de la contribution est calculé en appliquant un taux de 0,22 % au chiffre d'affaires et un taux de 1,5 % à la variation du chiffre d'affaires, ce qui représentera une recette supplémentaire de 50 millions d'euros pour l'assurance maladie.

Le III de cet article maintient à 1 % le taux de la contribution sur le chiffre d'affaires des laboratoires exploitants, collectée au profit de la caisse nationale de l'assurance maladie.

Ces mesures sont justifiées par la croissance dynamique actuelle des dépenses de médicaments.

Le 2° du III supprime l'abattement à cette contribution introduit par la loi du 26 février 2007 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine du médicament. A la suite de la réunion de février 2007 du Comité stratégique des industries de santé, la loi du 26 février 2007 avait en effet créé un article L. 245-6-1 qui instaure un abattement de contribution constitué d'une part fixe (1,2 %) et d'une part en accroissement (40 %) des dépenses de personnel afférentes aux chercheurs et techniciens de recherche. Cet abattement était chiffré à 50 millions d'euros pour l'ensemble des entreprises pharmaceutiques.

Le projet de loi de finances pour 2008 prévoit une réforme du crédit impôt- recherche (CIR) : la part en volume du CIR est portée de 10 à 30 % dans une limite de 100 millions d'euros de dépenses, puis 5 % au-delà. Le plafond fixé à 16 millions d'euros par an et par entreprise est de plus supprimé. Cette amplification du CIR renchérit son coût pour le budget de l'Etat, qui devrait progressivement passer de près d'un milliard d'euros actuellement à 2,7 milliards en 2012.

La réforme du CIR est bien plus favorable pour les entreprises pharmaceutiques que l'abattement créé par cet article. Avec les dispositions du projet de loi de finances pour 2008, le secteur pharmaceutique devrait ainsi bénéficier d'un montant de CIR d'environ 500 millions d'euros. La mesure relative à l'abattement est donc abrogée puisque s'y substitue une mesure plus favorable au travers de la réforme du CIR.

Le IV fixe, pour l'année 2008, le taux K à 1,4 % pour les médicaments remboursables en ville.

## Article 10

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

1° Au 1° du III de l'article L. 136-2, les mots : « et de préretraite » sont supprimés ;

2° Au 2° du II de l'article L. 136-8, les mots : « , les pensions d'invalidité et les allocations de préretraite » sont remplacés par les mots : « et les pensions d'invalidité ».

II. - Les dispositions du I du présent article sont applicables aux allocations ou avantages perçus par les salariés dont la préretraite ou la cessation anticipée d'activité a pris effet à compter du 11 octobre 2007.

III. - L'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au I, les mots : « du Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 » sont remplacés par les mots : « de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés » ;

2° Le II est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. - Le taux de cette contribution est fixé à 50 %. »

IV. - Le chapitre préliminaire du titre II du livre III du code du travail est complété par un article L. 320-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 320-4. - Tout employeur de personnel salarié ou assimilé est tenu d'adresser à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont il relève, au plus tard le 31 janvier de chaque année, une déclaration indiquant le nombre de salariés partis en préretraite ou placés en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente, leur âge et le montant de l'avantage qui leur est alloué.

« Le défaut de production dans les délais prescrits de cette déclaration entraîne une pénalité dont le montant est égal à trois cents fois le taux horaire du minimum garanti prévu à l'article L. 141-8. Cette pénalité est recouvrée par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont relève l'employeur. Son produit est affecté à la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

« Le modèle de déclaration est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'emploi.

« L'obligation de déclaration mentionnée au premier alinéa ne s'applique qu'aux employeurs dont au moins un salarié ou assimilé est parti en préretraite ou a été placé en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente. »

V. - La sous-section 3 de la section 3 du titre II du livre II du code du travail, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative), est complétée par un article L. 1221-18 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1221-18.* - Tout employeur de personnel salarié ou assimilé est tenu d'adresser à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont il relève, au plus tard le 31 janvier de chaque année, une déclaration indiquant le nombre de salariés partis en préretraite ou placés en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente, leur âge et le montant de l'avantage qui leur est alloué.

« Le défaut de production dans les délais prescrits de cette déclaration entraîne une pénalité dont le montant est égal à trois cents fois le taux horaire du minimum garanti prévu à l'article L. 3231-12. Cette pénalité est recouvrée par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont relève l'employeur. Son produit est affecté à la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

« Le modèle de déclaration est fixé par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de l'emploi.

« L'obligation de déclaration mentionnée au premier alinéa ne s'applique qu'aux employeurs dont au moins un salarié ou assimilé est parti en préretraite ou a été placé en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente. »

VI. - Les III et IV de l'article 17 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites sont abrogés.

VII. - Les dispositions du V entrent en vigueur en même temps que celles de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative).

Les dispositions des III, IV, V et VI sont applicables aux avantages versés à compter du 11 octobre 2007.

Par dérogation au précédent alinéa, la contribution sur les avantages versés aux anciens salariés qui bénéficiaient d'un avantage de préretraite ou de cessation anticipée d'activité antérieurement au 11 octobre 2007 demeure régie par les dispositions du II de l'article L. 137-10 du code de la sécurité sociale et du III de l'article 17 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites dans leur rédaction en vigueur au 10 octobre 2007.

VIII. - Le chapitre VII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par une section 6 ainsi rédigée :

« *Section 6*

« ***Contribution sur les indemnités de mise à la retraite***

« *Art. L. 137-12.* - Il est institué, à la charge de l'employeur et au profit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, une contribution sur les indemnités versées en cas de mise à la retraite d'un salarié à l'initiative de l'employeur.

« Le taux de cette contribution est fixé à 50 % ; toutefois, ce taux est limité à 25 % sur les indemnités versées du 11 octobre 2007 au 31 décembre 2008.

« Les dispositions des articles L. 137-3 et L. 137-4 du code de la sécurité sociale sont applicables à la présente contribution. »

IX. - Les dispositions du VIII du présent article sont applicables aux indemnités de mise à la retraite versées à compter du 11 octobre 2007.

X. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 9° de l'article L. 135-3 est abrogé ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 241-3, après les mots : « dans les conditions fixées par l'article L.135-2 » sont insérés les mots : « , par les contributions prévues aux articles L. 137-10 et L. 137-12, ».

XI. - Les dispositions du X du présent article sont applicables à compter du 11 octobre 2007.

XII. - A l'article L. 122-14-13 du code du travail, les deux dernières phrases du deuxième alinéa sont remplacées par la phrase suivante : « L'indemnité de départ mentionnée à la phrase précédente obéit au même régime fiscal et social que l'indemnité prévue au premier alinéa du présent article. »

### **Exposé des motifs**

Le taux d'emploi des personnes âgées de cinquante-cinq à soixante-quatre ans en France reste très inférieur à la moyenne européenne (37,6 % en 2006 contre 45,3 % pour l'Europe des quinze) et de l'objectif de 50 % fixé à l'horizon 2010 dans le cadre de la stratégie de Lisbonne.

La dispense de recherche d'emploi, le recours aux préretraites et le régime social favorable dont bénéficient les mises à la retraite d'office sont autant d'explications à la cessation d'activité précoce des salariés avant ou après soixante ans.

Conformément au souhait exprimé par le Président de la République dans son allocution du 18 septembre 2007, le Gouvernement entend supprimer les verrous fiscaux, sociaux et réglementaires qui pénalisent ceux qui voudraient continuer à travailler et qui incitent entreprises et administrations à négliger les seniors dans leur gestion des ressources humaines.

Des mesures ont déjà été prises dans le cadre de la réforme des retraites de 2003 et du Plan national d'action concerté pour l'emploi des seniors de 2006. Il faut franchir une nouvelle étape et renverser complètement la logique du régime social des préretraites et des mises à la retraite d'office pour encourager le travail et la prolongation d'activité des seniors au lieu d'inciter les employeurs et les salariés à privilégier une sortie rapide du marché du travail.

**S'agissant des préretraites**, les règles sociales actuelles conduisent à un assujettissement aux cotisations et à la contribution sociale généralisée (CSG) plus faible que sur les salaires, ce qui constitue de fait une forme d'encouragement à ce type de dispositifs.

Il est donc proposé de porter de 24,15 % à 50 % le taux de la contribution créée par la loi du 21 août 2003 sur les avantages de préretraite d'entreprise. Par ailleurs, les allocations de préretraite seront désormais assujetties à la CSG au taux de 7,5 % soit le taux applicable aux revenus d'activité.

Ces nouvelles dispositions s'appliqueront uniquement aux départs en préretraite intervenant à compter du 11 octobre 2007.

**S'agissant des mises à la retraite d'office**, et sans attendre l'extinction au 31 décembre 2009 des accords de branche dérogeant à l'interdiction de mise à la retraite d'office avant soixante-cinq ans, il est proposé de les dissuader très fortement en soumettant les indemnités versées dans ce cadre - qui sont aujourd'hui largement exonérées - à une contribution de 25 % en 2008 puis de 50 % en 2009 dont le produit sera affecté à la CNAVTS. Cette contribution sera également applicable aux indemnités versées aux salariés de plus de soixante-cinq ans.

Pour faire suite à la recommandation émise par le Conseil d'orientation des retraites (COR) dans son rapport de janvier 2007, il convient également de modifier une disposition de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. Cette disposition avait introduit jusqu'en 2014 dans certaines branches professionnelles, un dispositif incitant à des départs en retraite plus précoces. Le Gouvernement propose d'aligner le régime fiscal et social de cette indemnité sur celui des indemnités de départ volontaire à la retraite.

## Article 11

L'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au a et au cinquième alinéa du II, les mots : « aux dispositions des III, IV et V ci-dessous », sont remplacés par les mots : « aux dispositions du III ci-dessous » ;

2° Le III est remplacé par les dispositions suivantes :

« III. - L'assiette forfaitaire provisoire prévue au a du II est égale à 600 fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due. » ;

3° Le IV et le V sont abrogés ;

4° Le quatrième alinéa du VII est remplacé par les dispositions suivantes :

« Pour les personnes redevables de la cotisation de solidarité définie à l'article L. 731-23 du code rural, lorsque les revenus professionnels ne sont pas connus, la contribution est calculée sur une assiette forfaitaire provisoire égale à 100 fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due. » ;

5° Le sixième alinéa du VII est supprimé.

### Exposé des motifs

La contribution sociale généralisée (CSG) des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole nouvellement installés est actuellement calculée sur une assiette forfaitaire régularisée lorsque les revenus définitifs sont connus. Les modalités de calcul de cette assiette forfaitaire conduisent près de la moitié des chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à payer une contribution supérieure, parfois dans des proportions importantes, à celle due au moment de la régularisation lorsque les revenus sont connus. Les caisses de mutualité sociale agricole doivent alors procéder à des remboursements de contributions.

Les modalités de calcul de l'assiette forfaitaire régularisable servant au calcul des cotisations sociales ont été adaptées par voie réglementaire afin de limiter à la fois les cas où l'agriculteur verse une cotisation supérieure à celle qu'il devra et le montant des sommes versées en trop. Cette assiette a ainsi été fixée à un niveau équivalent à celui des assiettes minimum de cotisations lorsqu'elles existent et à 600 SMIC dans le cas contraire.

C'est la raison pour laquelle il est proposé, dans le même but, de fixer l'assiette forfaitaire régularisable servant au calcul de la CSG pour les nouveaux installés à 600 SMIC.

Parallèlement, il est proposé d'abaisser de 150 à 100 SMIC l'assiette forfaitaire régularisable servant au calcul de la CSG pour les nouveaux cotisants solidaires.

## Article 12

Les articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux sont abrogés.

### Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de supprimer le dispositif d'exonération de charges sociales spécifique institué au profit des organismes d'intérêt général (tels que définis au 1 de l'article 200 du code général des impôts) ayant leur siège en zone de revitalisation rurale par les articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux.

Ce dispositif ne répond que faiblement à son objet qui est d'inciter à la création d'emplois en milieu rural. Il s'applique par ailleurs à l'ensemble des salariés des organismes concernés et non aux seules nouvelles embauches comme le régime de droit commun.

Son coût (environ 185 millions d'euros par an) est disproportionné par rapport aux avantages attendus. Compte tenu de ce coût, et de sa faible efficacité, il est proposé de supprimer ce dispositif spécifique et d'assujettir les organismes d'intérêt général au régime de droit commun.

### Article 13

I. - Sont comprises parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue par l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale les personnes exerçant une activité économique réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

II. - Un décret fixe les modalités d'application du I du présent article. Il détermine notamment la liste des activités éligibles, la durée maximale de bénéfice de l'affiliation prévue à l'article L. 311-2, les conditions d'agrément et de rémunération des associations ainsi que le seuil des revenus, tirés de l'activité visée, en deçà duquel le bénéfice du dispositif est possible.

III. - Les dispositions du présent article sont applicables jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2013.

### Exposé des motifs

L'article vise à favoriser l'intégration sociale et professionnelle de personnes, notamment des femmes, exerçant de petites activités économiques (petit commerce local, import-export de produits d'origine africaine, plats préparés à la maison et vendus dans le voisinage, couture...) et pour lesquelles le formalisme d'une installation à leur propre compte représente une barrière actuellement difficile à franchir, notamment pour des raisons culturelles ou d'éventuelles difficultés de maîtrise de la langue française, en particulier à l'écrit.

Il est donc proposé, à titre expérimental, pendant une durée de cinq ans, d'organiser l'affiliation de ces personnes au régime général de la sécurité sociale et d'agréer des associations qui les aideront à remplir les formalités administratives et déclaratives et leur apporteront un accompagnement vers la création d'entreprise par une formation financière et administrative, par exemple pour la tenue de comptabilité ou les relations avec les fournisseurs et les banques.

Il pourra s'agir d'associations d'aide à la création d'activité ou d'associations des secteurs caritatif, de l'action sociale et de l'insertion (association pour le droit à l'initiative économique (ADIE), associations pour les gens du voyage, associations locales de femmes...). Ces associations devront répondre à des exigences d'ancienneté et de dimension et présenter une situation financière saine et à jour du paiement des cotisations de sécurité sociale.

Cette mesure vise à développer l'intégration par le travail et à diminuer les activités non déclarées. Elle ne fera donc pas « concurrence » au statut de travailleur indépendant car les revenus tirés d'une petite activité économique devront être très faibles pour permettre l'éligibilité au dispositif. Elle a en revanche vocation à permettre aux personnes concernées d'accéder dans un deuxième temps au statut de travailleur indépendant et de s'insérer ainsi dans un système de protection sociale classique. A l'issue du délai de cinq ans, les entreprises qui se seront développées pendant cette période pourront rejoindre le dispositif normal applicable aux travailleurs indépendants, le cas échéant grâce à un micro-crédit.

Un décret déterminera la liste des activités concernées, le montant des revenus à ne pas dépasser pour bénéficier du dispositif, les conditions d'agrément et de rémunération des associations et la durée pendant laquelle ces personnes pourront bénéficier du dispositif.

Le montant des revenus à ne pas dépasser pour bénéficier du dispositif sera fixé par référence au seuil de non assujettissement à la CSG et à la CRDS pour les travailleurs indépendants (4 489 € par an). Le montant des cotisations de sécurité sociale dues sera fixé par arrêté.

A l'issue de l'expérimentation, le dispositif donnera lieu à une évaluation, afin de déterminer son efficacité notamment en termes d'intégration sociale des personnes concernées et de coût de la mesure. Il pourra être pérennisé par voie législative.

## Article 14

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

1° Au I de l'article L. 131-4-2, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales » ;

2° Au 2° de l'article L. 161-1-2, la deuxième phrase est supprimée ;

3° L'article L. 161-24 est abrogé ;

4° L'article L. 241-5 est complété par l'alinéa suivant :

« Les cotisations dues au titre des accidents du travail ou 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. » ;

5° L'article L. 241-10 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I et du III et au II, les mots : « totalement » et « , d'accidents du travail » sont supprimés ;

b) Au II, après le mot : « cotisations », est inséré le mot : « patronales » ;

c) Au III *bis*, les mots : « , d'accidents du travail » sont supprimés ;

6° Au deuxième alinéa de l'article L. 241-12, les mots : « , d'allocations familiales et d'accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et d'allocations familiales ; »

7° L'article L. 752-3-1 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « législation de la sécurité sociale » sont insérés les mots : « , à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, » ;

b) Au premier alinéa du I et aux II et III, après les mots : « des cotisations patronales » sont insérés les mots : « , à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, ».

II. - Le code du travail est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa du II de l'article L. 322-4-7, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés ;

2° Au 2° du I de l'article L. 832-2, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».

III. - Les articles L. 5134-31 et L. 5522-18 du code du travail, dans leur rédaction issue de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail, sont ainsi modifiés :

1° Au 1° de l'article L. 5134-31, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés ;

2° A l'article L. 5522-18, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».

Les dispositions de ce III entrent en vigueur en même temps que celles de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative).

IV. - Le code rural est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I et au IV de l'article L.741-27, les mots : « , d'accidents du travail » sont supprimés ;

2° A l'article L. 751-17, les mots : « des articles L. 241-12, L. 241-13 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 241-13 » ;

3° Les articles L. 751-17-1 et L. 751-17-2 sont abrogés.

V. - Au I de l'article 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, au I de l'article 15 et à l'article 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux et au premier alinéa du VII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés.

VI. - Au I de l'article 131 de la loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003 de finances pour 2004, les mots : « , des allocations familiales, des accidents du travail et des maladies professionnelles » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».

VII. - Les dispositions du présent article sont applicables aux cotisations dues au titre des rémunérations versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008.

### **Exposé des motifs**

Aujourd'hui, de nombreuses entreprises bénéficient d'exonérations de cotisations d'accidents du travail et de maladies professionnelles (AT/MP). Or, la spécificité du taux de cotisation AT/MP est qu'il dépend du nombre d'accidents du travail et de leur gravité dans les grands établissements où le taux est individualisé, et qu'également, pour les employeurs pour lesquels le taux n'est pas individualisé, il traduit les efforts du secteur dans la prévention des risques.

Même dans les petites entreprises, pour les particuliers employeurs, les actions de prévention des branches jouent un rôle important dans la prévention des risques : le taux collectif est en effet défini en fonction du secteur d'activité de l'employeur et dépend du niveau de risque du secteur. Les efforts de formation engagés vis-à-vis des employés qui s'occupent de personnes âgées ou dépendantes dans l'apprentissage des gestes pour se protéger le dos participent ainsi activement à la prévention des accidents dans ce secteur des services à la personne.

Dans une optique d'incitation à la prévention, il importe de ne plus exonérer les entreprises d'un taux qui reflète leurs efforts ou leur absence d'effort en matière de prévention. Par conséquent, pour que la tarification des AT/MP conserve son caractère incitatif, les exonérations de cotisations employeur ne doivent porter ni sur le taux de cotisation AT/MP de l'établissement quand celui-ci est individualisé, ni sur le taux forfaitaire.

Cette mesure s'inscrit dans la continuité de l'article 143 de la loi de finances pour 2007 qui a supprimé les exonérations de ces cotisations pour les apprentis.

La présente mesure prendra effet le 1<sup>er</sup> janvier 2008. Elle s'appliquera à toutes les rémunérations versées à compter de cette date, quelle que soit la date de signature du contrat de travail.

## Article 15

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 4° de l'article L. 651-1, les mots : « , dans la mesure où elles sont assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application des dispositions de l'article 256 B du code général des impôts » sont supprimés ;

2° Le même article est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11° Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code du commerce et des sociétés coopératives européenne, au sens du Règlement (CE) 1435/2003 du Conseil du 22 juillet 2003 » ;

3° Au troisième alinéa de l'article L. 651-3, les mots : « 5° et 10° » sont remplacés par les mots : « 5°, 10° et 11° ».

### Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a voulu élargir le champ d'application de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) aux personnes morales de droit public exerçant une activité concurrentielle. Mais le législateur a procédé par référence à un article du code général des impôts, l'article 256 B, qui ne permet pas d'assujettir l'ensemble des organismes publics exerçant une activité concurrentielle.

L'objectif de la mesure est donc de redonner toute sa portée à la volonté du législateur en rendant imposable à la C3S la totalité de l'activité concurrentielle des organismes publics. La référence à l'article 256 B est supprimée, et ces organismes seront assujettis comme les entreprises privées sur toutes les activités exercées dans un cadre concurrentiel. L'assiette à retenir est quant à elle définie par l'article L. 651-5 du code de la sécurité sociale.

Par ailleurs, l'article tire les conséquences de la reconnaissance en droit français de l'existence de la « société européenne » et de la « société coopérative européenne », en complétant la liste des sociétés assujetties à la C3S pour que ces deux nouvelles catégories de sociétés y soient soumises.

## Article 16

I. - L'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7. »

II. - 1° L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions des deux alinéas précédents ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7. » ;

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

« Les dispositions des deux alinéas précédents ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. »

III. - 1° L'article L. 712-10-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La perte de recettes résultant des dispositions du présent article ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7. » ;

2° L'article L. 722-24-1 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La perte de recettes résultant des dispositions du présent article ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. »

IV. - L'article L. 129-13 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 de la sécurité sociale. »

V. - 1° L'article L. 441-1 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'application à l'intéressement de projet des dispositions du premier alinéa de l'article L. 441-4 du présent code ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. » ;

2° L'article L. 444-12 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'application au supplément d'intéressement et au supplément de réserve spéciale de participation des dispositions du premier alinéa de l'article L. 441-4 et du deuxième alinéa du I de l'article L. 442-8 du présent code ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. »

VI. - Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2007.

## Exposé des motifs

Le présent article a pour objet de proposer la non compensation de dispositifs d'exonération de cotisations de sécurité sociale en application des dispositions des articles L.O. 111-3 (IV) et L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

Le I concerne l'exonération, dans certaines limites, des cotisations et contributions de sécurité sociale dues par les arbitres et juges sportifs : article L. 241-16 du code de la sécurité sociale créé par la loi n° 2006-1294 du 23 octobre 2006 portant diverses dispositions relatives aux arbitres. Ce nouveau dispositif, qui répond à une demande des intéressés d'une plus grande sécurité juridique, reprend largement les avantages procurés par le dispositif qui était applicable depuis 1994. La non-compensation qui existait pour l'ancien dispositif est donc reconduite. Un système de compensation serait par ailleurs extrêmement complexe et coûteux à mettre en place.

Le II concerne l'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, sous certaines conditions et limites, de l'avantage résultant de l'attribution gratuite d'actions aux termes de l'article L. 242-1 du même code. L'article 83 de la loi de finances pour 2005 a institué un nouveau dispositif d'actionnariat salarié permettant aux sociétés par actions, cotées ou non cotées, de procéder à l'attribution gratuite d'actions à leurs salariés et mandataires sociaux. Les actions attribuées gratuitement sont exclues de l'assiette des cotisations sociales. Ces attributions ne peuvent être comparées *stricto sensu* à des salaires, compte tenu surtout du délai de portage qui caractérise les actions gratuites par rapport à une rémunération monétaire, ce qui justifie un traitement particulier dans le cadre de l'application du principe de compensation.

Le III concerne la perte de recettes résultant du transfert des enseignants des établissements d'enseignement privé du régime général au régime des fonctionnaires pour les risques maladie, maternité, invalidité, décès, accidents du travail et maladie professionnelles. Les rémunérations des enseignants des établissements d'enseignement privé se voient appliquer des taux réduits de cotisations dans la mesure où l'Etat prend en charge leurs prestations en espèces, le régime général restant compétent pour les seules prestations en nature. De ce fait, cette mesure ne doit pas donner lieu à compensation aux régimes de sécurité sociale.

Le IV concerne l'exclusion, dans la limite de 1 830 € par an et par salarié bénéficiaire, de l'aide versée par le comité d'entreprise ou l'entreprise en vue d'aider au financement d'activités de services à la personne, de garde d'enfants ou d'assistance aux personnes dépendantes. Les sommes attribuées remplacent ou complètent le plus souvent les aides déjà versées par les comités d'entreprises au titre de leur action sociale et culturelle. La non-compensation correspond de ce fait essentiellement à une reconduction.

Le V concerne l'exclusion de l'assiette des cotisations de sécurité sociale des sommes allouées au titre du supplément d'intéressement, du supplément de réserve spéciale de participation et de l'intéressement de projet : articles L. 441-1 et L. 444-12 du code du travail (tels que créés par la loi n° 2006-1770 du 30 décembre 2006 pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié). Le code du travail prévoit que ces sommes ne doivent pas se substituer à aucun des éléments de rémunération antérieurs donnant lieu à cotisations, ce qui justifie qu'elles puissent être exclues du champ de la compensation des pertes de recettes subies par la sécurité sociale.

### **Article 17**

Est approuvé le montant de 3,0 milliards d'euros, correspondant à la compensation des exonérations, des 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 2008.

### **Exposé des motifs**

L'annexe 5 détaille les mesures d'exonérations des cotisations sociales et les modalités de leur compensation. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2006, en application de l'article 56 de la loi de finances pour 2006, les allègements généraux de cotisations sociales sont financés par l'affectation d'un ensemble de recettes fiscales. Les allègements sur les heures supplémentaires prévus par la loi Travail, emploi et pouvoir d'achat sont également compensés par l'affectation de recettes fiscales, en projet de loi de finances pour 2008. Seules les exonérations ciblées de cotisations sociales continuent d'être compensées par des crédits budgétaires de l'Etat. Pour l'année 2008, le montant total de ces crédits, tels qu'inscrits dans le projet de loi de finances pour 2008, est de 3,0 milliards d'euros.

Section 2  
Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

**Article 18**

Pour l'année 2008, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

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

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de Recettes
Maladie	175,3
Vieillesse	175,6
Famille	57,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	414,8

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

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de Recettes
Maladie	150,9
Vieillesse	89,2
Famille	56,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	302,3

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

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de Recettes
Fonds solidarité vieillesse (FSV)	14,8
Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA)	14,2

**Exposé des motifs**

Le champ des prévisions de recettes pour l'exercice 2008 est le même que pour l'exercice 2007. La progression entre les deux années est estimée à environ 4,9 % pour le régime général et sur le champ « tous régimes ».

**Article 19**

Pour l'année 2008, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes	Objectifs de dépenses	SOLDE
Maladie	175,3	179,6	-4,2
Vieillesse	175,6	179,7	-4,1
Famille	57,1	56,8	0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,2	11,8	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	414,8	422,5	-7,7

**Exposé des motifs**

Le déficit, toutes branches, de l'ensemble des régimes obligatoires, pour 2008, est estimé à 7,7 milliards d'euros, soit inférieur de 3,7 milliards d'euros à celui de 2007. En dehors du régime général, les autres régimes obligatoires seront globalement équilibrés (branches maladie, famille, AT/MP) ou excédentaires (+1 milliard d'euros pour la branche vieillesse).

**Article 20**

Pour l'année 2008, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes	Objectifs de dépenses	SOLDE
Maladie	150,9	155,2	-4,3
Vieillesse	89,2	94,3	-5,1
Famille	56,7	56,4	0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,8	10,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	302,3	311,1	-8,9

**Exposé des motifs**

Le déficit de l'ensemble des branches du régime général est estimé pour 2008 à 8,9 milliards d'euros, soit un niveau inférieur de 2,8 milliards d'euros à celui de 2007. Ce déficit est inférieur de 5,1 milliards d'euros au déficit tendanciel (-14 milliards d'euros) qui serait constaté en 2008 si le gouvernement n'avait pas pris en juillet 2007 des mesures de redressement de l'assurance maladie, suite à l'avis du comité d'alerte, et si aucune mesure supplémentaire n'était prise dans ce projet de loi de financement de la sécurité sociale. Les différentes mesures affectant les comptes 2008 et fondant ces prévisions de solde sont présentées dans l'annexe 9 jointe au présent projet de loi.

Le solde de la branche maladie atteindra -4,3 milliards d'euros en 2008. Celui de la branche vieillesse continuera de se creuser (-5,1 milliards d'euros) sous l'effet du dynamisme des départs à la retraite.

Après plusieurs années déficitaires en raison notamment du succès de la mise en place de la Prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE), la branche famille retrouvera l'équilibre en 2008.

La branche AT/MP sera très légèrement excédentaire.

**Article 21**

Pour l'année 2008, 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 charges	SOLDE
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	14,8	14,2	0,6
Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA)	14,2	16,8	-2,7

**Exposé des motifs**

Pour l'année 2008, le solde du FSV deviendra excédentaire grâce à l'amélioration du chômage qui permet une diminution de ses dépenses au titre de la validation de ces périodes pour les droits à la retraite, à une évolution dynamique des recettes (notamment au titre de la CSG et du 2% sur les revenus du capital impactés par la mesure du projet de loi de finances pour 2008 relative au prélèvement social sur les dividendes) et à une affectation plus importante de C3S.

La situation financière du FFIPSA se dégradera par rapport à 2007, sous l'effet notamment du dynamisme des dépenses d'assurance maladie et de la stagnation du niveau des recettes.

**Article 22**

I. - Pour l'année 2008, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,8 milliards d'euros. :

II. - Pour l'année 2008, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de Recettes
Prélèvement social 2 %	1,7
Affectation excédent CNAV	
Affectation excédent FSV	
Avoirs d'assurance vie en déshérence	
Revenus exceptionnels (privatisations)	
Autres recettes affectées	
Total	1,7

**Exposé des motifs**

L'objectif d'amortissement de la CADES sera en hausse par rapport à 2007 de 0,2 milliard d'euros. Cette situation résulte de l'augmentation prévue des recettes de CRDS.

En 2008, le FRR bénéficiera du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine à hauteur de 1,7 milliards d'euros, en prenant en compte l'effet de la mesure sur les revenus des dividendes prévue en projet de loi de finances pour 2008.

## Section 3

**Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité****Article 23**

Le chapitre IV *bis* du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. - Après l'article L. 114-6, il est inséré un article L. 114-6-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-6-1.* - Les règles d'établissement et d'arrêté des comptes annuels ainsi que des comptes combinés annuels sont communes à l'ensemble des régimes et organismes de sécurité sociale. Un décret en Conseil d'Etat définit les compétences respectives des organes de direction et de l'instance délibérative compétente, et précise leur rôle, notamment au regard des missions de certification des comptes prévues aux articles L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières et L. 114-8 du présent code. »

II. - L'article L. 114-8 du code de la sécurité sociale est complété par huit alinéas ainsi rédigés :

« Les commissaires aux comptes sont également tenus de communiquer leur rapport aux autorités de tutelle compétentes en ce qui concerne les comptes annuels et les comptes combinés mentionnés au premier alinéa du présent article. Ce rapport retrace les diligences qu'ils ont accomplies lors de l'audit annuel des comptes et signale toutes les irrégularités, inexactitudes et anomalies constatées quand bien même ils estiment que les comptes annuels ou les comptes combinés annuels doivent faire l'objet d'une certification sans réserve.

« Les autorités de tutelle peuvent demander aux commissaires aux comptes des organismes mentionnés au présent article tout renseignement sur l'activité de l'organisme contrôlé. Les commissaires aux comptes sont alors déliés, à leur égard, du secret professionnel. Les autorités de tutelle peuvent également transmettre aux commissaires aux comptes de ces organismes les informations nécessaires à l'accomplissement de leur mission. Ces informations sont couvertes par le secret professionnel.

« Les autorités de tutelle peuvent en outre transmettre des observations écrites aux commissaires aux comptes qui sont alors tenus d'apporter des réponses en cette forme.

« Le ou les commissaires aux comptes sont tenus de signaler dans les meilleurs délais aux autorités de tutelle tout fait concernant l'organisme ou toute décision prise par ses organes de direction, dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur mission, de nature :

« *a)* A constituer une violation aux dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables, susceptible d'avoir des effets significatifs sur la situation financière, le résultat ou le patrimoine ;

« *b)* A entraîner le refus de la certification de ses comptes ou l'émission de réserves.

« La même obligation s'applique aux faits et aux décisions dont ils viendraient à avoir connaissance dans l'exercice de leur mission de commissaire aux comptes dans une entité entrant dans le périmètre d'établissement des comptes combinés au sens de l'article L. 114-6 du code de la sécurité sociale.

« La responsabilité des commissaires aux comptes ne peut être engagée pour les informations ou divulgations de faits auxquelles ils procèdent en exécution des obligations imposées par le présent article. »

### **Exposé des motifs**

L'objet de cet article de loi est de compléter l'ordonnancement législatif afférent à la mission légale de certification des comptes des organismes de sécurité sociale.

Le I a pour finalité de réformer le cadre normatif afférent à la gouvernance comptable de l'ensemble des organismes et régimes de sécurité sociale, quelle que soit leur nature juridique (établissements publics nationaux ou entités de droit privé). Il prévoit l'adoption d'un décret en Conseil d'Etat précisant les rôles dévolus aux directeur, agent comptable et conseil d'administration dans le dispositif d'arrêté et d'établissement des comptes complets annuels (compte de résultat, bilan, annexe), pour les comptes individuels comme pour les comptes combinés.

Au-delà de la définition à venir des compétences imparties, dans une perspective d'harmonisation, ces dispositions devront permettre d'identifier les différents interlocuteurs successifs du certificateur.

La mission de certification des comptes confiée à la Cour des comptes pour les branches et l'activité du recouvrement du régime général, et aux commissaires aux comptes pour les autres organismes nationaux de sécurité sociale ainsi que pour ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes, suppose une parfaite concordance avec les principes et les modalités d'intervention prévalant pour les missions légales de certification confiées aux commissaires aux comptes. Il revient dès lors à la loi d'apporter un fondement au caractère commun des principes de gouvernance.

Les dispositions introduites par le II visent à compléter l'ordonnancement législatif relatif à la mission légale de certification des comptes par les commissaires aux comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que les branches et l'activité du recouvrement du régime général, ainsi que de ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes.

Cet article de loi porte levée du secret professionnel, à l'intention des autorités de tutelle et de celles investies de l'approbation des comptes annuels.

Ces dispositions ont été mises au point en collaboration avec la Compagnie nationale des commissaires aux comptes.

### Article 24

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 :

	<b>Montants limites (en millions d'euros)</b>
Régime général	36 000
Régime des exploitants agricoles (Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles)	8 400
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	250
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	400
Caisse nationale des industries électriques et gazières	550
Régime spécial de retraites de la Régie autonome des transports parisiens	50
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français	1 700

### Exposé des motifs

Pour 2008, le plafond d'emprunt de trésorerie du régime général est fixé à 36 milliards d'euros. Celui du FFIPSA à 8,4 milliards d'euros. Ces montants tiennent compte des déficits comptables pour 2008 du régime général d'une part, du FFIPSA d'autre part ainsi que des opérations d'apurement de la dette de l'Etat vis-à-vis du régime général à hauteur de 5,1 milliards d'euros et vis-à-vis du FFIPSA à hauteur de 0,6 milliard d'euros.

Pour les autres régimes, les plafonds sont similaires à ceux fixés pour 2007.

La caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la SNCF entre pour la première fois dans le champ des régimes autorisés à emprunter dans la limite d'un montant fixé en loi de financement de la sécurité sociale. Elle a en effet été créée en 2007. Sa gestion de trésorerie était déléguée à l'entreprise SNCF jusqu'au 31 décembre 2007. A compter de 2008, cette caisse a besoin d'une autorisation d'emprunt d'un montant correspondant à une échéance de prestations vieillesse et permettant de couvrir ses créances vis-à-vis de ses partenaires.

Les éléments détaillés sont présentés dans l'annexe 9 au présent projet de loi.

**QUATRIEME PARTIE**  
**Disposition s relatives aux dépenses pour 2008**

Section 1

**Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie**

**Article 25**

I. - Après l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-14-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-14-1-1.* - I. - Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 de la convention, de l'accord ou de l'avenant comportant cette mesure.

« II. - Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses au sens du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, est suspendue. A défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations, compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante. »

II. - L'article L. 114-4-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « et les caisses nationales d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « , les caisses nationales d'assurance maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance complémentaire » ;

2° La deuxième phrase du dernier alinéa est complétée par les mots : « qui sont transmises au comité par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. Le comité notifie également le risque sérieux de dépassement à l'Union nationale des organismes d'assurance complémentaire qui propose des mesures de redressement ».

### **Exposé des motifs**

I. - Cette mesure vise à mieux articuler la politique conventionnelle de négociation tarifaire et la réalisation de l'ONDAM en cours d'année : il s'agit de mieux prévenir les risques de dépassement de l'objectif de dépenses et, lorsque le risque est avéré, d'éviter d'aggraver le dépassement. L'année 2007 a vu en effet pour la première fois le comité, créé par la loi relative à l'assurance maladie de 2004, déclencher la procédure d'alerte prévue à l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale en raison d'un risque sérieux de dépassement de l'ONDAM de plus de 0,75 %. Conformément à cette procédure, les caisses nationales de l'assurance maladie ont dû faire des propositions de mesures faisant reporter la charge de l'ajustement sur l'ensemble des parties prenantes de notre système de santé. Peu de temps après toutefois, le montant de la consultation des médecins a été revalorisée d'un euro, conformément à ce qui était prévu par l'accord conventionnel de 2006.

Cet article prévoit dès lors que toutes les mesures conventionnelles ayant pour objet une revalorisation des rémunérations des professionnels de santé conventionnés comprennent une période d'observation de six mois. En outre, en cas de déclenchement d'une procédure d'alerte, les mesures de revalorisations seront retardées au 1<sup>er</sup> janvier de l'année suivante, à moins qu'un nouvel accord conventionnel propose une date plus précoce compatible avec la situation financière de l'assurance maladie.

II. - Cette mesure renforcera la coordination des trois caisses nationales d'assurance maladie au sein de l'UNCAM au moment de proposer les mesures de redressement qu'elles envisagent au comité d'alerte, sur le modèle du rapport sur les charges et produits mentionné à l'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale. Cette mesure prévoit également de solliciter en cas d'alerte l'UNOCAM, représentant des acteurs importants de la couverture des dépenses de santé, afin que cet organisme fasse des propositions de redressement.

## Article 26

I. - Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, après les mots : « ne pouvant excéder six mois, la couverture », sont insérés les mots : « des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L.165-1 ainsi que ».

II. - Après le 3° du même article sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« 4° Ou d'un taux de prescription de transports en ambulance, rapporté à l'ensemble des transports prescrits, significativement supérieur aux données moyennes constatées, pour une activité comparable, pour les médecins installés dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie ;

« 5° Ou d'un nombre de réalisations ou de prescriptions d'actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie. Un décret définit les modalités de constitution éventuelle de groupes d'actes, de produits ou de prestations pour la mise en œuvre des dispositions du présent alinéa. »

III. - Le dernier alinéa du même article est complété par les mots : « actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa. »

IV. - Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14 du même code, après les mots : « les éléments issus de chaque acte ou consultation », sont insérés les mots : « , l'obstacle volontaire à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 162-1-15 ».

### Exposé des motifs

Cette mesure vise à étendre la procédure de mise sous accord préalable de tous les prescripteurs quel que soit leur mode d'exercice, limitée pour l'heure à la prescription d'arrêt de travail et de transport, aux autres domaines de la prescription ainsi qu'à la réalisation d'actes complémentaires.

La mise en œuvre de la procédure d'accord préalable à l'égard des forts prescripteurs d'indemnités journalières a permis en 2006 la réalisation d'une économie à hauteur de 23,1 millions d'euros et une nette diminution des prescriptions de la part des professionnels concernés (-75 % en nombre de jours prescrits).

La procédure de mise sous accord préalable permet en effet, sans recours à une sanction, un accompagnement des surprescripteurs vers de bonnes pratiques, voire la mise en place d'un dispositif permettant de préserver les intérêts de l'assurance maladie en cas de comportement abusif.

Il est proposé d'étendre la mise sous accord préalable aux prescripteurs pour lesquels le taux moyen de prescription d'ambulances (dont le coût moyen est quatre fois supérieur à celui d'un véhicule sanitaire léger) dépasse sensiblement le taux moyen au sein d'une région.

Enfin, il est proposé de sanctionner les stratégies de contournement des dispositifs d'entente préalable lorsque certains prescripteurs invoquent de façon systématique l'urgence pour s'y soustraire.

## Article 27

I. - Le deuxième alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec l'organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, fixe les tarifs des prestations et les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable. »

II. - Les dispositions du I sont applicables à compter du premier jour du sixième mois suivant la date de publication de la présente loi. Les conventions en cours conclues sur le fondement de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi prennent fin à la même date.

### Exposé des motifs

En l'absence de convention commune avec les véhicules sanitaires légers (VSL), il n'existe aucun encadrement ni aucune régulation de l'offre de transports d'assurés sociaux en taxi, alors même que le coût de la prestation est en moyenne plus élevé que celui des VSL. La mesure vise donc à inscrire dans la loi le cadre de leurs obligations (notamment de qualité de service), celles-ci étant ensuite définies soit conventionnellement avec l'assurance maladie, soit par voie réglementaire.

Les dépenses d'assurance maladie liées au remboursement de frais de transport représentent un volume global d'environ 2,2 milliards d'euros, dont un peu moins de 30 % correspond à des transports en taxi. L'augmentation des dépenses de transport est particulièrement élevée d'une année sur l'autre (+8 à 9 % en moyenne sur dix ans). Les remboursements des frais de taxi en constituent toutefois la section la plus dynamique (environ 15 % d'augmentation par an) et représentent près de 100 millions d'euros de dépenses supplémentaires chaque année. La moitié de l'accroissement annuel des dépenses d'assurance maladie liées au remboursement des transports est ainsi imputable aux taxis qui effectuent du transport assis professionnalisé.

La mesure proposée a pour objectif de prévoir l'obligation de conventionnement entre le taxi et la caisse d'assurance maladie ; cette convention fixera notamment les tarifs et les conditions de tiers payant.

## Article 28

I. - L'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par les dispositions suivantes :

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le tarif remboursable des actes au delà duquel une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués, la nature et le montant du dépassement facturé doit être obligatoirement remise par le professionnel à son patient. L'inobservation de cette obligation peut faire l'objet d'une sanction financière égale au dépassement facturé mise en œuvre selon la procédure mentionnée à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale. »

II. - Au 3° de l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « au remboursement » sont insérés les mots : « , y compris les dépassements d'honoraires, ».

III. - A l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, après les mots : « du présent code » sont insérés les mots : « et de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique » et après les mots : « prise en charge indus », sont insérés les mots : « , ou ayant exposé les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure, ».

### Exposé des motifs

Le présent article vise à améliorer les conditions d'information des patients sur les compléments d'honoraires facturés par les professionnels de santé afin d'éviter les dépassements les plus abusifs.

Les professionnels de santé libéraux ont un devoir d'information sur les honoraires qu'ils pratiquent. Comme le dispose l'article L. 1111-3 du code de la santé publique, ils « doivent, avant l'exécution d'un acte, informer le patient de son coût et des conditions de son remboursement par les régimes obligatoires d'assurance maladie ». Cette information doit par ailleurs être donnée à la demande des assurés, conformément à la déontologie médicale et être affichée de manière visible et lisible dans la salle d'attente conformément à l'arrêté du 11 juin 1996. Dans les faits, cette exigence n'est toutefois pas respectée. Une enquête récente de la direction générale de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes indique que la moitié seulement des médecins contrôlés respectent la réglementation sur l'affichage intérieur, proportion en baisse par rapport à une enquête précédente de 2000.

Le présent article propose que le professionnel soit dans l'obligation de préciser par écrit à son patient, le tarif des actes coûteux ainsi que la nature et le montant du dépassement pratiqué.

Le non respect de l'obligation d'information pourra faire l'objet d'une sanction par les caisses.

## Article 29

Après l'antépénultième alinéa de l'article L. 161-37 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cadre de ses missions, la Haute Autorité de santé émet des recommandations et avis médico-économiques sur les stratégies de soins, de prescription ou de prise en charge les plus efficaces. »

### Exposé des motifs

La Haute Autorité de santé, autorité publique indépendante à caractère scientifique, est chargée d'apporter son expertise aux décideurs politiques, aux professionnels et aux patients par l'évaluation des produits de santé et des actes, la formulation de recommandations sur la prise en charge des patients, notamment dans le cadre d'affections de longue durée, et par l'élaboration et la diffusion de bonnes pratiques. Ses décisions ont ainsi un impact fort sur le montant et l'affectation des dépenses (panier de soins, affections de longue durée, avis sur le bien-fondé et les conditions de remboursement des soins, etc.).

Malgré le contexte de tensions financières croissantes sur l'équilibre de l'assurance maladie, la Haute Autorité de santé ne détient pas de compétence reconnue par la loi pour prendre en compte, dans l'exercice de ses missions, des considérations d'ordre médico-économique, lui permettant de privilégier les parcours de soins les plus efficaces, à la fois en termes strictement médicaux mais aussi en termes de meilleure utilisation des dépenses d'assurance maladie. Ainsi, les « guides médecins » diffusés auprès des professionnels de santé, qui recensent l'ensemble des actes et produits de santé nécessaires à une bonne prise en charge des patients en affection de longue durée, n'établissent pas de priorité de recours à ces actes et produits de santé en fonction du stade de la pathologie, ce qui ne contribue ni à une allocation efficace des moyens ni à une information opérationnelle adaptée aux besoins des médecins.

La mesure vise ainsi à permettre à la Haute Autorité de santé de compléter son approche par la prise en compte de considérations d'efficacité médico-économique des stratégies thérapeutiques à l'instar de ses homologues (le NICE au Royaume-Uni et l'IQWiG en Allemagne). La Haute Autorité bénéficie en effet d'une capacité d'analyse lui permettant de promouvoir les stratégies de soin les plus efficaces, ainsi qu'une plus grande sélectivité dans la prise en charge, et d'une légitimité scientifique reconnue dans son domaine d'expertise.

### Article 30

I. - La section 2-2 du chapitre II du titre VI du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-12-21 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-12-21.* - Les caisses primaires d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés de leur ressort d'adhérer à un contrat conforme à un contrat-type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Ce contrat peut comporter des engagements individualisés relatifs à la prescription, à la participation à des actions de dépistage et de prévention, à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, à la participation à la permanence des soins, au contrôle médical, ainsi qu'à toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

« Ces contrats déterminent les contreparties financières, qui peuvent être liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel.

« Le contrat-type est transmis par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale qui peuvent s'y opposer dans un délai fixé par décret.

« Ces ministres peuvent suspendre l'application des contrats pour des motifs de santé publique ou de sécurité sanitaire, ou lorsque les effets constatés de ces contrats ne sont pas conformes aux objectifs poursuivis. »

II. - L'article L. 162-5 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 19° Des objectifs de prescription de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique. »

III. - Après l'article L. 162-5-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-1-1.* - Les engagements conventionnels sur les dépenses liées aux prescriptions sont exprimés en volume, indépendamment de toute évolution tarifaire. »

### Exposé des motifs

Les engagements contenus dans la convention médicale (maîtrise médicalisée, prévention...) sont avant tout collectifs et s'appliquent à l'ensemble des médecins. Le I vise à permettre aux médecins qui souhaitent aller plus loin de s'engager sur des objectifs individualisés d'amélioration de leurs pratiques. Cet engagement pourrait prendre la forme d'un contrat spécifique auprès de leur caisse d'assurance maladie. Ces médecins pourront bénéficier en contrepartie d'une rémunération complémentaire sous réserve que les objectifs prévus dans le contrat soient atteints.

Les thèmes inclus dans ces contrats seront définis par l'UNCAM ; parmi ces thèmes pourront figurer des engagements des médecins sur des objectifs individualisés en matière de prescription, de participation à des actions de prévention et de dépistage au bénéfice de leurs patients, d'amélioration de la continuité et de la coordination des soins, ainsi que de participation à la permanence des soins. Ces thèmes pourront également inclure des actions de formation et d'information au bénéfice des médecins, aux fins d'amélioration de leurs pratiques.

Le II vise à préciser que les engagements de maîtrise médicalisée des médecins peuvent comporter celui d'une prescription plus importante au sein du répertoire des génériques. En effet, à l'instar de ce que l'on observe dans les autres pays européens, il semble utile de conserver toute leur place dans la stratégie thérapeutique à des médicaments dont l'efficacité et la tolérance sont éprouvées.

Afin d'assurer un meilleur suivi des engagements de maîtrise portant sur les prescriptions, le III propose d'exprimer les objectifs en volume, et non en montant, afin de neutraliser les variations des prix, qui ne dépendent pas de l'action des médecins.

### Article 31

I. - Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par la caisse locale d'assurance maladie dont ils dépendent.

En tant que de besoin, l'expérimentation peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ;

2° 1°, 2°, 6° et 9° de l'article L. 321-1 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

3° Article L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

4° Articles L. 322-2 et L. 322-3 relatifs à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

Les expérimentations sont conduites par les missions régionales de santé mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale. A cet effet, elles passent des conventions avec les professionnels de santé volontaires. Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret.

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

Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le livre VII du code rural et les entreprises régies par le code des assurances sont associées à ces expérimentations si elles le souhaitent.

Une évaluation annuelle de ces expérimentations, portant notamment sur le nombre de professionnels de santé qui y prennent part et sur les dépenses afférentes aux soins qu'ils ont effectués, ainsi que sur la qualité de ces soins est réalisée par les missions régionales de santé en liaison avec les organismes d'assurance maladie.

II. - A titre expérimental, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, les missions régionales de santé volontaires prévues à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale fixent, par dérogation à l'article L. 162-5 du même code, le montant et les modalités des rémunérations de nature forfaitaire des médecins assurant la permanence des soins. Elles financent également des actions et des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins, en particulier les maisons médicales de garde, ainsi que, le cas échéant, des établissements de santé.

A cette fin, les missions régionales de santé se voient déléguer par le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins mentionné à l'article L. 221-1-1, les crédits nécessaires. Ce fonds précise les limites dans lesquelles les missions régionales de santé fixent les montants de la rémunération forfaitaire des médecins.

Les missions régionales de santé réalisent annuellement l'évaluation des expérimentations qu'elles ont conduites et la transmettent au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins de ville.

III. - L'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 3°, après les mots : « Le programme annuel des actions, » sont insérés les mots : « y compris expérimentales » ;

2° Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins, complétant ou se substituant au paiement à l'acte pour tous les professionnels de santé volontaires, ainsi que les expérimentations relatives à la rémunération de la permanence des soins, selon des modalités définies par décret. »

## **Exposé des motifs**

I. - L'objectif de cette mesure est d'expérimenter des modes de rémunération novateurs pour les professionnels de santé, alternatifs ou complémentaire au paiement à l'acte. Elle permettra de promouvoir un mode d'exercice qui répond à la fois aux aspirations d'un nombre croissant de professionnels en termes de qualité de travail et de qualité de vie, tout en améliorant la qualité des soins rendus aux patients. Elle permet également de mettre en œuvre de nouveaux modes de coopération entre les différents professionnels concourant à une meilleure prise en charge du patient.

Un décret encadrera ces expérimentations.

II. - Le dispositif de permanence des soins (PDS) en médecine ambulatoire a été largement réformé en 2005.

L'avenant n° 4 à la convention médicale l'a décliné en prévoyant la rémunération de la régulation et des astreintes des médecins libéraux qui y participent.

En fonction des spécificités locales, il apparaît opportun d'expérimenter de nouvelles formes d'organisation et de financement de la permanence de soins, en laissant plus de marges de décision à l'échelon local et en facilitant une meilleure coopération entre professionnels libéraux et établissements de santé.

A cette fin, il reviendra aux missions régionales de santé choisies pour l'expérimentation de gérer une enveloppe qui leur sera déléguée par le FIQCS.

III. - Les missions régionales de santé seront chargées de mener ces expérimentations avec les professionnels et les structures volontaires.

## Article 32

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

1° A l'article L. 162-12-2, après le 7°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 8° Les conditions et les modalités du conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice, au sens du 2° de l'article L. 162-47. » ;

2° A l'article L. 162-9, après le 6°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 7° Les conditions et les modalités du conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice, au sens du 2° de l'article L. 162-47. » ;

3° A l'article L. 162-12-9, après le 8°, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 9° Les conditions et les modalités du conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice, au sens du 2° de l'article L. 162-47. » ;

4° A l'article L. 162-47, le 1° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 1° Les orientations relatives à l'évolution de la répartition territoriale des professionnels de santé libéraux et des centres de santé mentionnés à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire mentionné à l'article L. 6121-3 du code de la santé publique et du schéma d'organisation sanitaire et social mentionné à l'article L. 312-4 du code de l'action sociale et des familles ; ».

Au même article, les 2°, 3°, 4° et 5° deviennent respectivement les 3°, 4°, 5° et 6°, et il est créé un nouveau 2° ainsi rédigé :

« 2° Des zones de recours aux soins ambulatoires qui sont déterminées en fonction de critères démographiques, géographiques, d'activité économique et d'existence d'infrastructures de transports. S'agissant des médecins, des zones différenciées sont définies pour les médecins généralistes ou spécialistes et, le cas échéant, selon qu'ils disposent ou pas de l'autorisation de pratiquer des honoraires différents des tarifs fixés par la convention mentionnée à l'article L. 162-5. La décision délimitant ces zones est soumise à l'approbation du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Après avis des représentants dans la région des organisations syndicales représentatives des professionnels de santé concernés, la mission régionale de santé classe ces zones en fonction de la densité de professionnels. La classification par densité est déterminée en fonction de critères définis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. La classification des zones est révisée tous les cinq ans. »

II. - A l'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles, le 4° est remplacé par les dispositions suivantes :

« 4° L'articulation de l'offre sanitaire et de l'offre médico-sociale au niveau régional, pour tenir compte notamment des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, et également de la densité en infirmiers dans les zones mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale. »

Le présent II entre en vigueur à la même date que les stipulations conventionnelles prises en application du 8° de l'article L. 162-12-2 du code de la sécurité sociale.

### **Exposé des motifs**

Les professionnels de santé sont inégalement répartis sur le territoire : certaines zones en sont trop pourvues alors que d'autres en manquent, posant un problème d'égalité dans l'accès aux soins. Ce constat est désormais objectivé, grâce notamment aux travaux de l'Observatoire national de la démographie des professions de santé, et partagé. Des outils existent pour inciter à l'installation dans les zones sous-denses, même s'ils peuvent toujours être améliorés ou mieux ciblés. Les syndicats d'infirmiers et l'UNCAM ont signé le 22 juin 2007 un protocole d'accord relatif à la démographie visant à rééquilibrer leur répartition sur le territoire. Dans ce protocole, les partenaires conventionnels font appel au Gouvernement pour prendre les mesures législatives nécessaires à la mise en œuvre de cette volonté.

La détermination des zones sous et sur-denses par professions sera effectuée à partir de critères objectifs, et dans un souci de concertation, après avis des représentants des organisations syndicales représentatives des professionnels de la région.

Cette mesure préserve la liberté d'installation des professionnels. Elle permet aussi aux partenaires conventionnels de tirer les conséquences du choix de s'installer en zone sur-dense. Il appartiendra aux partenaires conventionnels de décider des adaptations des modalités de conventionnement et de conclure des avenants les rendant effectives. Cette mesure est donc le pendant du dispositif incitatif à l'installation en zone sous-dense, qui doit plus que jamais être soutenu.

S'agissant des infirmiers libéraux, il apparaît nécessaire d'articuler l'offre globale de soins infirmiers, notamment s'agissant de la prise en charge à domicile. Les services de soins infirmiers à domicile concourent comme les infirmiers au maintien à domicile ; il serait donc souhaitable que les conditions d'implantation des nouveaux services de soins infirmiers à domiciles prennent en compte la présence d'infirmiers libéraux.

### Article 33

A l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale, il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« 20° Les conditions et les modalités du conventionnement en fonction de la densité de la zone d'exercice, au sens du 2° de l'article L. 162-47. »

#### Exposé des motifs

Le constat d'une répartition inégale des médecins sur le territoire devient de plus en plus problématique pour l'accès aux soins de nos concitoyens, surtout en ce qui concerne les soins de premier recours. Les outils conventionnels doivent être modernisés pour s'attaquer à ce délicat problème dans le respect des principes fondamentaux de liberté d'installation.

L'objectif de cette mesure est donc de compléter les dispositifs existants en invitant à une négociation globale sur l'implantation des professionnels sur l'ensemble du territoire. La mesure trouve donc sa place dans une réflexion structurelle sur l'organisation des soins.

Le panel d'aides existantes visant à favoriser l'implantation des médecins dans les zones sous-denses identifiées en 2005 - aides de l'assurance maladie et des collectivités territoriales - sera donc complété et enrichi dans le cadre de cette réflexion conventionnelle. Elle sera menée avec une attention toute particulière aux aspirations légitimes des jeunes médecins à une pratique renouvelée et une meilleure qualité de vie.

Les missions régionales de santé devront poursuivre leurs travaux d'éclairage sur les besoins en implantation de professionnels, après avis des représentants des organisations syndicales représentatives des professionnels de la région.

Il appartiendra, dans le cadre d'un large débat préalable qui sera étendu aux internes et aux jeunes professionnels et aux syndicats de médecins, de déterminer les adaptations aux règles de conventionnement des médecins et tous les outils à leur disposition les plus à même d'améliorer la répartition des médecins en fonction des besoins de santé sur les territoires. En cas d'échec des négociations, le Gouvernement sera appelé à agir dans ce domaine.

### Article 34

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

1° Dans la première phrase, entre les mots : « professionnels de santé » et « les établissements » sont insérés les mots : « , les fournisseurs ou les autres prestataires de services, » ;

2° Dans la quatrième phrase, après les mots : « du professionnel de santé », sont insérés les mots : « , du fournisseur ou autre prestataire de services, » ;

3° Dans la deuxième phrase et à l'avant dernier alinéa, après les mots : « un professionnel de santé » sont insérés les mots : « , un fournisseur ou un autre prestataire de services, » ;

### Exposé des motifs

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu un dispositif de pénalités pour les professionnels de santé, employeurs, assurés et établissements méconnaissant les règles en matière de prestations de soins. En revanche, ce dispositif n'est pas applicable aux transporteurs sanitaires, aux taxis et aux fournisseurs et prestataires de service.

La présente disposition corrige cet oubli.

### Article 35

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

1° L'article L. 322-2 est complété par un III ainsi rédigé :

« III. - En sus de la participation mentionnée au premier alinéa du I, une franchise annuelle est laissée à la charge de l'assuré pour les frais relatifs à chaque prestation et produit de santé suivants, pris en charge par l'assurance maladie :

« 1° Médicaments mentionnés aux articles L. 5111-2, L. 5121-1 et L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception de ceux délivrés au cours d'une hospitalisation ;

« 2° Actes effectués par un auxiliaire médical, soit en ville, soit dans un établissement ou un centre de santé, à l'exclusion des actes pratiqués au cours d'une hospitalisation ;

« 3° Transports mentionnés au 2° de l'article L. 321-1 effectués en véhicule sanitaire terrestre ou en taxi à l'exception des transports d'urgence.

« Le montant de la franchise est forfaitaire. Il peut être distinct selon les produits ou prestations de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° du présent article. La franchise est due dans la limite globale d'un plafond annuel.

« Lorsque plusieurs actes mentionnés au 2° sont effectués au cours d'une même journée sur le même patient, le montant total de la franchise supportée par l'intéressé ne peut être supérieur à un maximum. Il en est de même pour les transports mentionnés au 3°.

« Lorsque le bénéficiaire des prestations et produits de santé mentionnés aux 1°, 2° et 3° bénéficie de la dispense d'avance de frais, les sommes dues au titre de la franchise peuvent être versées directement par l'assuré à l'organisme d'assurance maladie dont il relève ou peuvent être récupérées par ce dernier auprès de l'assuré sur les prestations de toute nature à venir. Il peut être dérogé aux dispositions de l'article L. 133-3.

« Un décret fixe les modalités de mise en œuvre du présent III. » ;

2° L'article L. 322-4 est complété par l'alinéa suivant :

« Il en est de même pour la franchise prévue au III de l'article L. 322-2. » ;

3° Au I de l'article L. 325-1, les mots : « de celle mentionnée au II » sont remplacés par les mots : « de celles mentionnées au II et au III » ;

4° A l'article L. 432-1, après les mots : « du II » sont ajoutés les mots : « et du III » ;

5° Au premier alinéa de l'article L. 711-7, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Il est en de même de la franchise annuelle mentionnée au III de l'article L. 322-2 et au dernier alinéa de l'article L. 432-1. »

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

1° Le 2° de l'article L. 242-1 est complété par les mots : « ou la franchise annuelle prévue au III du même article » ;

2° L'article L. 863-6 est complété par les mots : « ou la franchise annuelle prévue au III du même article » ;

3° Au premier alinéa de l'article L. 871-1 :

a) Les mots : « des 15° et 16° » sont remplacés par les mots : « des 13°, 15° et 16° » ;

b) Les mots : « au respect, par les opérations d'assurance concernées, de règles » sont remplacés par les mots : « à la condition que les opérations d'assurance concernées ne couvrent pas la participation forfaitaire et la franchise respectivement mentionnées au II et au III de l'article L. 322-2 et qu'elles respectent les règles ».

B. - Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° Au 1° *quater* de l'article 83, au deuxième alinéa du I de l'article 154 *bis* et aux 15° et 16° de l'article 995, les mots : « ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale et qu'elles » sont supprimés ;

2° Le 13° de l'article 995 est complété par les mots : « , si ces garanties respectent les conditions mentionnées à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ; ».

C. - Les dispositions des A et B s'appliquent aux garanties nouvelles, reconduites ou en cours au 1<sup>er</sup> janvier 2008. Toutefois les dispositions du a du 3° du A et du 2° du B ne s'appliquent pas aux garanties en cours au 1<sup>er</sup> janvier 2008.

III. - A titre provisoire, et pour une durée n'excédant pas un an à compter de la publication de la présente loi, la règle fixée au sixième alinéa du III de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale ne s'applique que pour les actes ou transports réalisés par un même professionnel.

## **Exposé des motifs**

Lorsque la situation des comptes de l'assurance maladie est dégradée, les nouveaux besoins de santé publique doivent faire l'objet de nouveaux financements. Il n'est pas acceptable de les financer par un report sur les générations futures.

Conformément aux orientations présidentielles prises lors de la campagne électorale et pour travailler sans attendre au financement des chantiers prioritaires de santé publique qui s'imposent, les franchises ont vocation à financer les investissements concernant la maladie d'Alzheimer, les soins palliatifs et le cancer.

L'effort de solidarité demandé sera déterminé par voie réglementaire. Il sera de 50 centimes d'euro par boîte de médicament et par acte paramédical et de deux euros par transport sanitaire.

Dans un souci de responsabilisation et d'efficience de notre dépense de santé, les champs de la franchise correspondent aux champs de dépenses parmi les plus dynamiques, sans que la santé y trouve son compte. En particulier, la consommation de médicaments reste particulièrement élevée dans notre pays où 90 % des consultations se terminent par une ordonnance, le double du taux constaté chez certains de nos voisins européens.

En tout état de cause, cette franchise ne pourra excéder un montant annuel cumulé de 50 € par personne, ce qui permet de protéger les plus malades. Des plafonnements journaliers seront également mis en œuvre pour les actes de professionnels paramédicaux et les transports sanitaires pour tenir compte des successions d'actes.

Afin de préserver la situation des plus fragiles et des familles, le projet d'article prévoit que sont exonérés de son application les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les enfants mineurs ainsi que les femmes enceintes, dont la situation restera ainsi inchangée.

Cette mesure aura un rendement en année pleine de l'ordre de 850 millions d'euros. Le Gouvernement n'a pas souhaité empêcher les organismes complémentaires d'assurance santé d'inclure dans les contrats qu'ils proposent l'assurance de ce nouveau dispositif de franchise. Toutefois, eu égard au caractère spécifique de ce dispositif et à la volonté de responsabilisation des assurés qui en fonde la mise en place, il ne semble pas souhaitable d'ouvrir à ces contrats l'ensemble des avantages fiscaux qui soutiennent le développement de l'assurance complémentaire santé.

### Article 36

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

« *Art. L 161-36-3-1.* - Il est institué un service unique d'accueil dématérialisé, dénommé portail du dossier médical personnel destiné aux bénéficiaires de l'assurance maladie et aux professionnels de santé.

« Ce portail assure des fonctions d'information générale et un service de gestion permettant aux bénéficiaires de l'assurance maladie de choisir leur hébergeur de données de santé à caractère personnel, de gérer leur dossier médical personnel et les droits d'accès des professionnels de santé. Il assure l'intégrité, la sécurité et la confidentialité des données ainsi que la traçabilité des accès et l'intégrité des transferts de dossiers médicaux personnels entre les hébergeurs. Il produit les statistiques nécessaires à l'évaluation de ce service.

« Ces fonctions peuvent être mises à disposition d'autres organismes assurant des missions de partage et d'échange de données personnelles de santé. La liste de ces organismes est arrêtée par le ministre chargé de la santé.

« L'administrateur de ce portail ne peut en aucun cas accéder aux informations contenues dans le dossier médical personnel. »

II. - Le premier alinéa de l'article L. 161-36-4 du même code est ainsi modifié :

1° Les mots : « ainsi que du conseil supérieur des professions paramédicales » sont supprimés ;

2° Après les mots : « qui figurent au dossier médical personnel », sont ajoutés les mots : « ainsi que les conditions dans lesquelles certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical personnel ou son représentant légal ».

III. - A l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique, le mot : « personnes » est remplacé par les mots : « bénéficiaires de l'assurance maladie ».

IV. - A l'article 22-2 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs, les mots : « sauf en cas de demande de logement adapté ou spécifique » sont supprimés.

### Exposé des motifs

La mise en place du dossier médical personnel (DMP) permettra une meilleure coordination et une plus grande qualité des soins, en réduisant notamment la iatrogénie médicamenteuse ainsi que des actes redondants. Cette mesure crée les conditions de mise en œuvre du dispositif du DMP instauré par la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.

Le I de l'article prévoit la mise en place d'un portail d'accès unique, pour offrir une garantie incontestable de confidentialité des données, en assurant, par une gestion et un contrôle unifiés des accès aux DMP, que toute personne accédant à un DMP y a été dûment autorisée par le titulaire. Le contrôle des accès constitue en outre, pour le bénéficiaire de l'assurance maladie, une garantie de la sauvegarde des libertés fondamentales rappelées par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé. Pour ces mêmes raisons, l'accès par l'administrateur du portail aux informations contenues dans les DMP est interdit.

Le I de l'article prévoit aussi la possibilité pour le portail d'être mis à disposition d'autres organismes assurant des missions de partage et d'échange de données personnelles (dossier communiquant en cancérologie par exemple), afin de permettre aux patients, aux professionnels et aux établissements de santé de bénéficier d'un point de passage unique pour l'ensemble des données partagées. Les données gérées par d'autres organismes seront amenées à converger avec celles du DMP, voire à être hébergées par le même prestataire.

Cette mutualisation des moyens permettra ainsi d'obtenir des économies d'échelle importantes.

Le II de l'article procède à une actualisation des textes liée à la suppression du conseil supérieur des professions paramédicales. Il prévoit en outre un « droit de masquage » (c'est-à-dire la possibilité pour tout patient titulaire d'un DMP de masquer certaines ou la totalité des informations médicales contenues dans son dossier vis-à-vis des professionnels de santé), dans la logique de la loi du 4 mars 2002, qui consacre le droit au respect de la vie privée du patient et au secret des informations le concernant.

Le III vise à préciser le champ d'attribution de « l'identifiant de santé » créé par l'article L. 1111-8-1, en mentionnant que celui-ci n'a vocation à être attribué qu'aux bénéficiaires de l'assurance maladie.

Le IV rectifie une disposition, introduite récemment par la loi du 5 mars 2007 instituant le droit au logement opposable et portant diverses mesures en faveur de la cohésion sociale, qui s'avère incompatible avec les principes et l'esprit de la loi du 13 août 2004, celle-ci n'ayant pas entendu autoriser l'accès d'un tiers bailleur au DMP.

### Article 37

I. - Dans la section 3 du chapitre II du titre VII du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, il est inséré, avant la sous-section 1, un article L. 172 ainsi rédigé :

« Art. L. 172. - Lorsque le versement des prestations en nature ou en espèces des assurances maladie et maternité est subordonné, par les dispositions du présent code ou celles du code rural, à des conditions d'affiliation, d'immatriculation, de cotisation ou de durée du travail préalables, les organismes de sécurité sociale tiennent compte, pour la mise en œuvre de ces dispositions, de l'ensemble des périodes d'affiliation, d'immatriculation, de cotisations versées ou de travail effectuées, même lorsqu'elles relèvent d'un autre régime de sécurité sociale régi par le présent code ou le code rural.

« Les règles relatives à la charge et au service des prestations sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

II. - Au deuxième alinéa de l'article L. 613-19 du même code, après les mots : « activité professionnelle » sont insérés les mots : « pendant une durée minimale, dont une partie doit immédiatement précéder la date présumée de l'accouchement, ».

III. - L'article L. 732-12 du code rural est remplacé par les dispositions suivantes :

« Art. L. 732-12. - Un décret en Conseil d'Etat détermine les mesures d'application des articles L. 732-10 et L. 732-11, en particulier la ou les périodes de remplacement ouvrant droit au bénéfice de l'allocation ainsi que la durée maximale d'attribution de cette allocation, notamment lorsque l'accouchement a lieu plus de six semaines avant la date initialement prévue et exige l'hospitalisation postnatale de l'enfant.

« Les durées maximales d'attribution de l'allocation de remplacement sont équivalentes aux périodes pendant lesquelles les salariées reçoivent une indemnité journalière de repos en application des articles L. 331-3 et L. 331-4 du code de la sécurité sociale.

« En cas d'adoption, les durées maximales d'attribution de l'allocation sont celles prévues à l'article L. 331-7 du code de la sécurité sociale. »

IV. - L'article L. 732-10 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'allocation de remplacement est accordée aux femmes mentionnées au premier alinéa dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition *in utero* au diéthylstilbestrol (DES) à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions fixées par décret. »

V. - Le 4<sup>o</sup> de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 4<sup>o</sup> Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :

« a) Le bénéficiaire est reconnu atteint par le service du contrôle médical soit d'une affection grave caractérisée ne figurant pas sur la liste mentionnée ci-dessus, soit de plusieurs affections entraînant un état pathologique invalidant ;

« b) Cette ou ces affections nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse ; ».

## Exposé des motifs

I. - A l'inverse du droit communautaire qui coordonne l'ensemble des régimes légaux obligatoires des pays de l'Union européenne au bénéfice des travailleurs migrants (articles 18 et 38 du règlement européen n° 1408/71), la coordination inter régimes est limitée dans la législation sociale française, ce qui nuit à la fluidité du marché du travail et fragilise les parcours professionnels.

Dans un souci d'équité entre les assurés relevant du même régime tout au long de leur carrière professionnelle et ceux dont le parcours les conduit à changer de régime, la présente mesure vise à poser le principe d'une coordination inter régimes globale en matière d'assurance maladie et maternité - paternité, permettant pour l'ouverture du droit aux prestations en nature ou en espèces, de prendre en compte les périodes d'affiliation, d'immatriculation, de cotisation ou de travail effectuées quel que soit le régime d'affiliation.

II. - L'amélioration de la protection maternité des professionnelles indépendantes participe également de l'équité recherchée entre les régimes. La durée du congé de maternité des femmes chefs d'entreprises est, actuellement, de trente jours au minimum. Afin de satisfaire les attentes des professionnelles indépendantes en matière d'amélioration de leur protection maternité, exprimées lors d'une récente enquête, le Gouvernement prévoit d'allonger de quatorze jours la durée de leur congé maternité. Pour répondre aux objectifs de santé publique visant à prévenir les naissances prématurées et rapprocher ainsi la situation des professionnelles indépendantes de celle des salariées, ces quatorze jours supplémentaires devront obligatoirement précéder l'accouchement.

L'allongement de la durée du congé maternité, conformément au cinquième alinéa de l'article L. 613-19, est de nature réglementaire. Toutefois, pour créer cette obligation de repos prénatal, une mesure législative est nécessaire.

L'impact financier généré par l'allongement du congé maternité (environ 6,21 millions d'euros) se traduira par une augmentation des cotisations limitée, soit 0,015 points, faisant ainsi passer le taux de cotisation de 6,5 % actuellement à 6,515 %.

III. - L'alignement sur le régime général de la durée durant laquelle les agricultrices peuvent se faire remplacer dans les travaux de l'exploitation en cas de grossesse multiple, travaux extrêmement physiques, vise tout d'abord à prévenir le risque de prématurité et à les inciter à ménager leur santé. Cet allongement a en outre pour objet de permettre aux agricultrices de mieux concilier vie familiale et vie professionnelle, favorisant ainsi l'action du Gouvernement en faveur de l'installation des jeunes agriculteurs et, en particulier, des jeunes femmes.

IV. - L'article 32 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 prévoit que les femmes salariées dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition au diéthylstilbestrol (DES) *in utero* bénéficient, dès le premier jour d'arrêt de travail, d'un congé de maternité dans les conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.

Il est proposé d'étendre cette disposition aux non salariées agricoles afin qu'elles puissent bénéficier de allocation de remplacement pour congé de maternité dès le premier jour d'arrêt de travail.

Le coût de la mesure proposée qui, potentiellement, pourrait concerner environ 360 agricultrices, est donc marginal pour l'AMEXA.

V. - Il s'agit d'une actualisation de la base légale des conditions de prise en charge des patients atteints d'affections de longue durée non inscrites sur la liste des affections de longue durée, dont la rédaction est ancienne (1968). La rédaction actuelle ne prend pas en compte les impératifs de maîtrise de la dépense et est de ce fait difficile à concilier avec les outils et objectifs développés ces dernières années. Par ailleurs cette rédaction rend impossible toute modification réglementaire. Il est donc nécessaire de moderniser ce dispositif. La proposition, consolide les pratiques actuelles du contrôle médical sans modifier les conditions actuelles d'accès des bénéficiaires à ces dispositifs de prise en charge.

### Article 38

L'article L. 165-5 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 165-5.* - A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2009, et sans préjudice des dispositions de l'article L. 5211-4 du code de la santé publique, les fabricants ou distributeurs sont tenus de déclarer auprès de l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé l'ensemble de leurs produits ou prestations inscrits, sous quelle que forme que ce soit, sur la liste mentionnée à l'article L.165-1, en précisant pour chaque produit ou prestation le code relatif à la codification de la liste des produits et prestations remboursables prévue à l'article L. 165-1, correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste. Ils sont tenus de la même obligation pour toute modification affectant le code d'un produit ou d'une prestation antérieurement déclaré.

« Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis, l'agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peut fixer, après que le fabricant, ou le distributeur, a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du fabricant, ou du distributeur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits considérés ; elle est reconductible le cas échéant chaque année.

« La pénalité mentionnée à l'alinéa précédent est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours en pleine juridiction.

« Les conditions d'application du présent article, notamment les modalités et délais de la déclaration prévue au premier alinéa, ainsi que les règles et les délais de procédures, les modes de calcul de la pénalité financière mentionnée aux deux alinéas précédents et la répartition de son produit entre les organismes de sécurité sociale, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

### Exposé des motifs

Le secteur des dispositifs médicaux est un secteur en forte croissance depuis plusieurs années (+7 % en 2006). Pourtant c'est un secteur mal connu, moins encadré que celui des médicaments et pour lequel il n'existe aucune disposition de régulation de la croissance des dépenses, notamment en raison de la méconnaissance des produits actuellement remboursés par l'assurance maladie.

En effet, la prise en charge des produits inscrits sur la liste des produits et prestations remboursables est effectuée soit par leur inscription sous nom de marque soit sous description générique ; dans ce dernier cas, les fabricants auto-inscrivent leur produit dès lors qu'ils estiment que celui-ci répond à la description générique mentionnée sur la liste. Jusqu'à présent, le fabricant n'a donc aucune obligation de déclarer le produit qu'il fait prendre en charge à l'assurance maladie sous une ligne générique.

Bien que le code de la sécurité sociale prévoit, à l'article L. 165-5 une obligation de déclaration des ventes auprès de l'AFSSAPS, mesure qui devait notamment permettre de connaître les produits commercialisés et pris en charge par l'assurance maladie, cette obligation, non assortie de sanction, n'est en pratique pas appliquée. En effet, compte tenu de l'hétérogénéité des produits et de la comptabilité des entreprises, les industriels soutiennent qu'il leur est impossible de répondre correctement à cette mesure.

C'est pourquoi il est proposé aujourd'hui de remplacer la déclaration obligatoire des ventes par une déclaration obligatoire du code de la liste des produits et prestations remboursables pour tout produit commercialisés et remboursé par l'assurance maladie.

L'objectif principal de cette mesure est de connaître l'ensemble des produits inscrits sous un code donné sur la liste, en particulier ceux inscrits sous lignes génériques. Elle vise ainsi à créer les conditions indispensables à la mise en place d'une politique de régulation du secteur en créant une base pour la connaissance et le suivi des dépenses des dispositifs médicaux, en particulier ceux commercialisés sous ligne générique. Elle permettra en particulier à la commission d'évaluation des produits et prestation de la Haute Autorité de santé, dans le cadre de la révision des lignes génériques, de connaître les produits qui s'y auto-inscrivent contrairement à la situation actuelle et donc de finir plus rapidement la révision de ces lignes.

Or ce travail permet ensuite :

- de radier de la liste les produits dont le service rendu est insuffisant, à l'origine donc de dépenses inutiles ;
- au comité économique des produits de santé d'effectuer le cas échéant des baisses tarifaires.

Cette mesure devrait donc permettre à terme à l'assurance maladie de faire des économies, lesquelles sont cependant difficilement chiffrables.

**Article 39**

Le code de la santé publique est ainsi modifié :

I. - L'article L. 5125-3 est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est complété par la phrase suivante :

« Ils ne peuvent être accordés que s'ils n'ont pas pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine. » ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « un service de garde satisfaisant » sont remplacés par les mots : « un service de garde ou d'urgence mentionné à l'article L. 5125-22 » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Une création d'officine n'est possible que si, les conditions prévues à l'article L. 5125-11 étant remplies depuis au moins deux ans à compter de la publication des résultats des recensements prévus à l'article L. 5125-10 dans les communes dépourvues d'officine ou dans les zones mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5125-14, aucun transfert ou regroupement n'a permis de pourvoir la commune éligible. »

II. - Le deuxième alinéa de l'article L. 5125-4 est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans le cas d'un transfert ou d'un regroupement d'officines de pharmacie d'un département à un autre, la licence est délivrée par décision conjointe des représentants de l'Etat dans les départements concernés. »

III - L'article L. 5125-5 est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase, les mots : « et aux demandes de création » sont supprimés ;

2° La seconde phrase du premier alinéa est supprimée.

IV. - Au dernier alinéa de l'article L. 5125-6, les mots : « le représentant de l'Etat » sont remplacés par les mots : « sa décision ».

V. - L'article L. 5125-7 est ainsi modifié :

1° Au troisième alinéa, après les mots : « dont le titre est protégé » sont insérés les mots : « et aux sociétés de participations financières de professions libérales » ;

2° Le quatrième alinéa est remplacé par l'alinéa suivant :

« La cessation définitive d'activité de l'officine entraîne la caducité de la licence, qui doit être remise à la préfecture par son dernier titulaire ou par ses héritiers. Lorsqu'elle n'est pas déclarée, la cessation d'activité est réputée définitive au terme d'une durée supérieure à douze mois constatée par tous moyens par le représentant de l'Etat dans le département. »

VI. - L'article L. 5125-8 est abrogé.

VII. - A l'article L. 5125-10 sont ajoutés les mots : « publiés au *Journal officiel* ».

VIII. - L'article L. 5125-11 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5125-11.* - L'ouverture d'une officine dans une commune qui en est dépourvue ne peut être autorisée par le préfet que lorsque le nombre d'habitants par pharmacie est égal ou supérieur à 2 500. Lorsqu'une licence a été précédemment accordée pour une officine située dans une commune, il ne peut être ensuite délivré pour cette même commune qu'une licence par tranche entière de 3 500 habitants recensés dans les limites de la commune. »

IX. - A l'article L. 5125-13, les mots : « les *quotas* de population de 3 000 et 2 500 habitants mentionnés à ces articles sont fixés » sont remplacés par les mots « le *quota* de 2 500 habitants mentionné à ces articles est fixé. »

X. - L'article L. 5125-14 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « dans une autre commune du même département ou d'un département limitrophe, ou, pour la région d'Ile-de-France, dans une autre commune de cette région » sont remplacés par les mots : « ou vers toute autre commune de tout autre département » ;

2° Les deuxième à huitième alinéas sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :

« Le transfert dans une autre commune peut s'effectuer à condition :

« 1° Que la commune d'origine comporte :

« a) Moins de 2 500 habitants si elle n'a qu'une seule pharmacie ;

« b) Ou un nombre d'habitants par pharmacie inférieur à 3 500 ;

« 2° Que l'ouverture d'une pharmacie nouvelle soit possible dans la commune d'accueil en application de l'article L. 5125-11 ;

« 3° Et que le transfert n'ait pas pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine. »

XI. - L'article L. 5125-15 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « situées dans une même commune » sont supprimés ;

2° Au deuxième alinéa, les mots : « dans la même commune » sont remplacés par les mots : « dans la commune d'une des pharmacies regroupées » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« A la suite d'un regroupement, les conditions prévues à l'article L. 5125-11 ne peuvent être à nouveau prises en compte qu'au-delà de l'expiration du délai de dix ans courant à compter de la notification de l'arrêté de la licence de regroupement. »

XII. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux demandes de transfert ou de regroupement présentées après le 1<sup>er</sup> janvier 2008.

Jusqu'à la publication des résultats des prochains recensements prévus à l'article L. 5125-10 du code de la santé publique et par dérogation aux dispositions du 3° du I du présent article, une création d'officine n'est possible que si, les conditions prévues à l'article L. 5125-11 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent article, étant remplies depuis au moins deux ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, dans les communes dépourvues d'officine ou dans les zones mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5125-14 du même code, dans sa rédaction issue du présent article, aucun transfert ou regroupement n'a permis de pourvoir la commune éligible.

### **Exposé des motifs**

La publication régulière de nouveaux chiffres de recensement de la population ouvrira en 2008 et en 2009 des possibilités de créations de nouvelles officines, alors que les besoins en termes d'accès des assurés aux produits de santé sont déjà bien couverts par le maillage existant des pharmacies.

La France dispose en effet, au regard des autres Etats européens, d'une des plus fortes densités d'officines, tant dans les grandes agglomérations que dans les zones périurbaines et rurales. Ce tissu officinal dense permet une distribution de proximité mais suit insuffisamment les évolutions démographiques. Les pharmacies sont également de trop petite taille pour développer de nouveaux services.

A la demande de la profession et du Conseil national de l'Ordre des pharmaciens, relayée par de nombreux élus locaux, le Gouvernement propose des mesures favorisant le regroupement (notamment en gelant pendant dix ans les licences libérées après un regroupement) et permettant les transferts sur l'ensemble du territoire afin d'optimiser la répartition des officines.

Les créations restent possibles dès lors qu'aucun transfert ou regroupement n'aura permis de satisfaire les besoins des populations des communes dépourvues d'officine et celles des zones sensibles (zones franches urbaines, zones urbaines sensibles et zones de redynamisation urbaine).

### Article 40

I. - L'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est ainsi modifié :

1° Le III est complété par un aliéna ainsi rédigé :

« Il peut également financer des dépenses d'investissement d'établissements hospitaliers de coopération transfrontalière destinés à accueillir des patients résidant en France, ayant reçu l'accord de l'Etat français et dont les missions sont celles d'un établissement de santé tel que défini par le code de la santé publique. Ces établissements doivent répondre à des besoins de santé fixés par le schéma régional d'organisation sanitaire de la région frontalière. » ;

2° Le dernier alinéa du IV est supprimé.

II. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé, pour l'année 2008, à 301 millions d'euros.

### Exposé des motifs

Dans le cadre de la tarification à l'activité, le fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) est un outil pour soutenir les projets de modernisation ou de restructuration des établissements de santé rendus nécessaires, notamment pour une meilleure couverture des besoins de santé. Les coopérations transfrontalières peuvent participer à la couverture des besoins des patients français. Pour faciliter la mise en œuvre de ces coopérations il convient d'ouvrir le bénéfice du FMESPP à des établissements étrangers qui y participent.

Cette disposition trouvera une première application dès 2008 pour honorer les engagements de la France dans le cadre du projet de création de l'hôpital transfrontalier franco-catalan de Puigcerdá. En effet, l'hôpital de Puigcerdá en Catalogne, qui dessert la région de Cerdagne française et espagnole accueille actuellement, en raison de sa localisation, une population française importante, faute de structure en région frontalière française, notamment en obstétrique et en traumatologie.

Dans cette optique, a été signée le 19 mars 2007, par les ministres français et espagnols de la santé, une déclaration d'intention pour la création d'un hôpital transfrontalier, qui prendra la forme d'un groupement européen de coopération territoriale (GECT) défini par le règlement (CE) n° 1082/2006 du Parlement européen et du Conseil du 5 juillet 2006. Cet hôpital représente un symbole pour l'Europe.

La mesure législative proposée simplifie également le dispositif actuel de mise en place des crédits en supprimant la disposition qui précise que le montant de chaque subvention doit être arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation dans la limite des montants régionaux arrêtés par le ministre. En pratique, la disposition dont il est proposé la suppression introduit un formalisme juridique inutile ; les crédits FMESPP étant de nature limitative, il n'y a aucun risque de dépassement de l'enveloppe nationale ou régionale. La nouvelle rédaction permet de procéder aux délégations de crédits en fonction des besoins et non pas en fonction d'une enveloppe régionale préalablement arrêtée sans que le ministre ait connaissance des projets susceptibles d'aboutir.

Enfin cette mesure fixe le montant annuel alloué au Fonds à 301 millions d'euros, contre 376 millions d'euros en 2007, 327 millions d'euros en 2006 et 405 millions d'euros en 2005.

### Article 41

Le dernier alinéa de l'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Les montants de cette contribution sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du nombre cumulé des journées d'hospitalisation et des venues dans l'établissement de santé, le groupement, le réseau ou l'installation de chirurgie esthétique, figurant dans la dernière statistique d'activité connue et publiée. Ils ne peuvent être inférieurs à mille euros, ni supérieurs à cinquante cinq mille euros.

« La contribution des maisons d'enfants à caractère sanitaire dont la durée d'ouverture est inférieure à six mois est fixée forfaitairement au plancher de contribution déterminé ci-dessus.

« Cette contribution est exigible dès la notification de la date de la visite de certification. Elle est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat. »

### Exposé des motifs

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 a modifié le critère de contribution des établissements de santé à la Haute Autorité de santé dans le cadre de la certification. Au critère du nombre et de lits et de places, devenu caduc du fait de l'ordonnance du 4 septembre 2003 qui supprimait la procédure d'autorisation des capacités d'accueil, a été substitué un critère de facturation exprimé en nombre de journées d'hospitalisation et de venues. Cette modification peut induire des distorsions pour un certain nombre de structures ayant une activité particulière, comme les maisons d'enfants à caractère sanitaire (MECS), d'où la nécessité dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 de procéder à un ajustement.

La disposition proposée vise donc à :

- prévoir une disposition spécifique aux MECS, afin d'éviter que les MECS à ouverture temporaire ne supportent une charge disproportionnée du fait du changement de critère (critère désormais fondé sur l'activité, alors qu'avant la Haute Autorité de santé proratisait la contribution en fonction de leur durée d'ouverture). De fait, il est proposé d'assujettir les MECS ouvertes moins de six mois par an à un forfait aligné sur le plancher de contribution. Pour ce faire, il est proposé d'abaisser le plancher de contribution de 2500 €, actuellement, à 1000 € ;

- prendre acte du décalage existant dans la publication des données d'activité, la loi précisant à l'heure actuelle que « les montants de cette contribution sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du nombre cumulé de journées d'hospitalisation et de venues dans l'établissement de santé, le groupement, le réseau ou l'installation de chirurgie esthétique au cours de l'année précédent la visite ». Il apparaît que la référence à la statistique d'activité des établissements (SAE) de l'année qui précède la visite de certification est rarement disponible. Aussi est-il proposé de remplacer cette exigence par une référence au nombre de journées d'hospitalisation et de venues dans la dernière version statistique d'activité connue et publiée.

## Article 42

I. - L'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour 2004 est ainsi modifié :

1° La première phrase du I est remplacée par la phrase suivante : « Jusqu'au 31 décembre 2008, par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consultations externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. » ;

2° Au II, les mots : « En 2005 » sont remplacés par les mots : « Jusqu'au 31 décembre 2008 » ;

3° Le V est remplacé par les dispositions suivantes :

« V. - Pour les années 2008 à 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, les dispositions de la présente loi s'appliquent sous réserve des dispositions suivantes :

« A. - Les consultations et actes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale et les prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du même code sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sur la base des tarifs respectivement mentionnés aux articles L. 162-26 et L. 162-22-10 du même code affectés d'un coefficient de transition, ainsi que, le cas échéant, du coefficient géographique mentionné au 3° de l'article L. 162-22-10 susmentionné, déduction faite, le cas échéant, de la participation de l'assuré. Par dérogation au présent alinéa, les tarifs des prestations afférentes aux activités d'hospitalisation à domicile et de prélèvement d'organes ou de tissus ne sont pas affectés par le coefficient de transition susmentionné.

« B. - Le coefficient de transition mentionné au A est calculé pour chaque établissement de manière à prendre en compte l'impact sur ses recettes d'assurance maladie des modalités de financement définies audit A par rapport à celles préexistantes. Le coefficient ainsi calculé prend effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008 et s'applique jusqu'au 29 février de la même année.

« A compter du 1<sup>er</sup> mars 2008, la valeur du coefficient converge vers la valeur un, dans le respect des modalités fixées au C.

« C. - Chaque année, l'Etat fixe, outre les éléments mentionnés aux 1° à 3° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, le taux moyen régional de convergence des coefficients de transition des établissements de santé.

« L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à un peut excéder le taux moyen régional de convergence dans les conditions prévues au deuxième alinéa du IV du présent article.

« La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. Le coefficient doit atteindre la valeur un au plus tard en 2012.

« D. - La répartition entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie des sommes versées en 2007 aux établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale au titre de la dotation annuelle complémentaire mentionnée au présent article dans sa rédaction antérieure à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, est effectuée dans les conditions prévues par voie réglementaire. De même, de 2007 à 2012, par dérogation à l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale, les sommes versées au titre de l'activité mentionnée à l'article L. 162-22-6 du même code, des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 du même code et des dotations annuelles de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-14 du même code sont réparties selon les mêmes modalités.

« E. - La caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale verse des avances de trésorerie aux établissements de santé pour leurs activités de médecine, chirurgie, obstétrique ou odontologie, dans des conditions fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« F. - L'état des prévisions de recettes et de dépenses mentionné à l'article L. 6145-1 du code de la santé publique tient compte de l'application du coefficient de transition mentionné au B applicable à la période considérée.

« G. - Les conditions de montée en charge de la tarification à l'activité dans les hôpitaux du service de santé des armées sont fixées par le décret prévu au X de l'article 69 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

« H. - Les modalités d'application du présent V à l'exception du E sont fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

4° Le VI est ainsi modifié :

a) L'année : « 2007 » est remplacée par l'année : « 2009 » ;

b) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, les modalités de financement prévues au I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale s'appliquent aux établissements énumérés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale dans les conditions prévues au présent V. » ;

5° La dernière phrase du VII est remplacée par la phrase suivante : « Un bilan des travaux sur la mesure de ces écarts est transmis au Parlement avant le 15 octobre 2008. »

II. - Le II de l'article 69 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est abrogé.

III. - Au 1<sup>er</sup> janvier 2008, à titre exceptionnel, les tarifs des prestations d'hospitalisation sont modifiés de sorte que le montant des dépenses d'assurance maladie générées par la prise en charge des prestations d'hospitalisation et des consultations et actes externes selon les modalités définies au A du V de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 dans la rédaction issue de la présente loi soit égal au montant des dépenses générées en application des modalités de prise en charge définies au A du V du même article dans sa rédaction antérieure à la présente loi. Ces tarifs prennent effet au 1<sup>er</sup> janvier et s'appliquent jusqu'au 29 février 2008.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités de détermination des tarifs de prestation susmentionnés.

IV. - A l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, après les mots : « à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique » sont insérés les mots : « à l'exception des formations prises en charge par la région en application de l'article L. 4383-5 du même code ».

V. - A l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale, les mots : « par douzième » sont remplacés par les mots : « dans les conditions fixées par voie réglementaire ».

VI. - Au troisième alinéa de l'article L. 6114-2 du code de la santé publique, après les mots « ainsi que ses autres engagements », sont insérés les mots : « , notamment de retour à l'équilibre financier ».

VII. - Au XVIII de l'article 1<sup>er</sup> du titre 1<sup>er</sup> de l'ordonnance n° 2005-1112 du 1<sup>er</sup> septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière, les mots : « et au D du V » sont supprimés.

## **Exposé des motifs**

I et II. - Le dispositif transitoire actuel de montée en charge de la tarification à l'activité dans le secteur antérieurement sous dotation globale (DG) repose sur la fixation annuelle d'une fraction croissante de tarifs. Ainsi, l'activité des établissements est valorisée selon les tarifs nationaux à hauteur de la fraction de tarifs en vigueur pour l'exercice (10 % en 2004, 25 % en 2005, 35 % en 2006, 50 % en 2007).

L'objectif de la mesure proposée est d'aligner à compter de 2008 le système de montée en charge de la tarification à l'activité sur celui des cliniques privées.

Cette mesure vise à poursuivre la réforme du financement à l'activité des établissements de santé en favorisant les établissements les plus dynamiques et en incitant les moins efficaces à se réformer.

Elle doit favoriser, au sein du secteur des établissements antérieurement financés sous dotation globale, une évolution progressive vers les plus efficaces.

L'activité sera valorisée à 100 % des tarifs après application d'un coefficient de transition calculé pour chaque établissement. La dotation annuelle complémentaire (DAC) qui permettait d'amortir les effets de la tarification à l'activité est supprimée.

Le coefficient de transition doit garantir avant toute convergence, la neutralité des recettes des établissements de santé lors de la suppression de la fraction du tarif et de la DAC et donc la neutralité des dépenses d'assurance maladie.

Ainsi, son application au produit de l'activité de l'établissement, valorisée par les tarifs nationaux de la période de référence, devrait procurer aux établissements, après suppression de la DAC, des recettes équivalentes à celles qu'ils perçoivent aujourd'hui.

Le 1° vise à définir les modalités de valorisation de l'activité par les agences régionales de l'hospitalisation en attendant la mise en place de la facturation directe prévue au plus tard au 31 décembre 2008.

Le 3° définit le périmètre des prestations affectées du coefficient de transition. Il définit également les règles de convergence des coefficients de transition qui doivent atteindre la valeur 1 en 2012. Pour 2008, un effort de convergence est maintenu, correspondant à celui qu'aurait représenté dans l'ancien dispositif, une augmentation de dix à quinze points de la fraction tarifaire, soit une hausse équivalente à celle des années précédentes.

Il renvoie au règlement les conditions de répartition entre les régimes d'assurance maladie des sommes versées dans l'attente de la facturation directe.

Il permet à l'assurance maladie de verser des avances de trésorerie afin de compenser le décalage induit par la disparition de la dotation annuelle complémentaire.

Il prévoit également que l'état des prévisions de recettes et de dépenses des établissements des secteurs public et privé anciennement financés par dotation globale est élaboré sur la base des tarifs affectés du coefficient de transition.

Enfin, il renvoie au décret, pour la mise en œuvre de la tarification à l'activité dans les hôpitaux du service de santé des armées, le soin de prévoir les conditions de la montée en charge de la tarification à l'activité et les dispositions transitoires nécessaires.

Par dérogation aux principes et au calendrier de la tarification à l'activité, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 prévoit que les établissements de santé de Guyane mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale exerçant une activité de médecine, chirurgie et d'obstétrique sont financés par une dotation annuelle de financement pour les années 2005-2007. Compte tenu de leurs difficultés structurelles, le passage en tarification à l'activité de l'ensemble de ces établissements n'est pas envisageable pour 2008.

La mesure proposée au 4° vise donc à proroger la disposition dérogatoire de deux ans et de fixer chaque année, par arrêté, les établissements qui passent à un financement à l'activité.

Le 5° du I est relatif au VII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 modifié qui prévoit que, pour les années 2005 à 2012, les tarifs nationaux d'hospitalisation sont fixés en tenant compte du processus de convergence entre les tarifs des établissements de santé antérieurement financés par dotation globale (secteurs public et privé à but non lucratif) et de ceux des établissements de santé antérieurement financés sous objectif quantifié national (secteur privé à but lucratif). Ce processus doit être achevé, dans la limite des écarts justifiés par des différences dans la nature des charges couvertes par ces tarifs, au plus tard en 2012. Un objectif de convergence de 50 % doit être atteint en 2008.

Une telle disposition ne peut en pratique être mise en œuvre dans l'immédiat pour des motifs d'ordre méthodologique.

Sur le plan méthodologique, il n'existe pas actuellement de mesure scientifiquement établie des écarts de coûts. Les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie ont fait apparaître un écart tarifaire apparent de 30 à 40 % entre les cliniques privées et les hôpitaux. Le Haut Conseil a avancé un certain nombre de facteurs qui peuvent expliquer ces écarts : une spécialisation plus forte de l'activité dans les cliniques privées, les coûts salariaux liés au statut de la fonction publique, les missions de service public et d'intérêt général assurées par l'hôpital public, le caractère davantage programmé de l'activité dans les cliniques privées, le caractère plus hétérogène des populations fréquentant l'hôpital.

Il apparaît donc indispensable de conditionner l'accélération du processus de convergence tarifaire à l'obtention de données objectives sur les écarts tarifaires entre les secteurs public et privé. Un programme d'études, conduit sous la responsabilité de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins et de la mission sur la tarification à l'activité, est en cours. Les travaux engagés sont les suivants :

- détermination d'une méthodologie de mesure des coûts commune aux deux secteurs de financement (achevée fin 2006) ;
- lancement de l'étude nationale de coûts mi-2007 (plus de 100 établissements y participent). Ses résultats sont attendus au premier semestre 2008 ;
- conduite d'études dites complémentaires sur le coût du travail, la programmation de l'activité et la précarité visant à expliquer les écarts de coûts observés. En cours, leurs résultats sont attendus mi-2008.

Les résultats de ces travaux, qui doivent permettre de chiffrer les écarts de coûts seront donc disponibles mi-2008. L'objectif 2008 ne peut être maintenu en l'absence d'éléments d'objectivation. Il est de surcroît difficile d'anticiper dès à présent un rythme de convergence dont l'ampleur dépend également des résultats de l'analyse des coûts.

Dans ces conditions, tout en confirmant le principe d'une convergence achevée en 2012, la disposition législative présentée ne fait plus référence à une étape intermédiaire en 2008, année durant laquelle seront menés à bien les travaux nécessaires pour définir une cible de convergence fondée sur des référentiels de coûts comparables et identifier clairement puis quantifier les facteurs d'écarts de coûts tenant aux contraintes du service public.

Dans un souci d'information et de transparence, il est proposé que le Gouvernement transmette au Parlement avant le 15 octobre 2008 un bilan des travaux menés dans le cadre des études sur les écarts de coûts observés entre les secteurs public et privé.

III. - Cet alinéa prévoit le calcul de tarifs spécifiques pour les mois de janvier et de février 2008 afin de préserver le niveau des charges d'assurance maladie. Les tarifs seront ainsi ramenés à leur niveau réel pour tenir compte de la disparition de la DAC.

IV. - Les articles L. 4151-1 et L. 4383-5 du code de la santé publique, issus de l'article 73 de la loi n° 2004-809 du 13 août 2004 relative aux libertés et aux responsabilités locales, prévoient que les régions ont la charge du fonctionnement et de l'équipement des écoles et instituts publics de formation de sage-femme et de professionnels paramédicaux. En conséquence, il convient de supprimer la disposition législative qui prévoit le financement de la formation des professionnels de santé par la dotation de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC).

V. - Le premier alinéa de l'article L. 162-22-15 du code de la sécurité sociale prévoit que les forfaits annuels et les dotations de financement des MIGAC sont versés par douzième. Cet étalement des versements sur douze mois est incompatible avec le régime de comptabilité publique du service de santé des armées (SSA), qui est celui de l'Etat et avec ses besoins de trésorerie. Les contraintes du SSA ont conduit à rechercher un arrangement pour les versements de ses dotations qui n'est pas conforme à la loi.

Or, la fixation des modalités de versement des dotations ne relève pas de la loi mais du règlement. Le déclassement doit également permettre les ajustements nécessaires pour la prise en compte des besoins de trésorerie des établissements de santé et de l'ACOSS lors de la mise en œuvre de la facturation directe, et ce, sans avoir recours à une nouvelle modification de la loi.

VI. - Lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation accorde une aide, au titre de la dotation MIGAC, à un établissement de santé en difficulté financière, celui-ci doit s'engager à prendre les mesures nécessaires à un retour à l'équilibre, notamment par la mise en place d'un plan de redressement. Cette disposition vise à rendre obligatoire la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens (CPOM) fixant les voies et moyens du retour à l'équilibre.

Afin d'accompagner les établissements les plus en difficulté, le recours à des audits organisationnels du type de ceux conduits par la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitalier (MEAH) sera fortement encouragé.

VII. - Les dispositions financières relatives à l'Assistance publique - hôpitaux de Paris sont modifiées afin de tenir compte de la suppression de la dotation annuelle complémentaire.

### Article 43

De nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais de transports de patients prescrits par les praticiens exerçant dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 peuvent être expérimentés, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, et pour une période n'excédant pas cinq ans. Les frais de transports entrant dans le champ de cette expérimentation sont mis à la charge des établissements expérimentateurs. La part de ces frais prise en charge par l'assurance maladie est financée par dotation annuelle. Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 322-5-1, la participation de l'assuré aux frais de transports, calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2, est versée aux établissements de santé concernés.

Le montant des charges supportées par les régimes obligatoires d'assurance maladie afférentes aux frais de transports entrant dans le champ de cette expérimentation est pris en compte dans les objectifs de dépenses mentionnés aux articles L. 162-22-13 et L. 174-1-1.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe le cahier des charges relatif aux modalités de mise en œuvre et d'évaluation de cette expérimentation.

### Exposé des motifs

Les dépenses d'assurance maladie liées au remboursement de frais de transport suivent, depuis une dizaine d'années, un rythme de progression très dynamique, entre +8 et +10 % par an. En outre, deux tiers des prescriptions de transport pris en charge par l'assurance maladie au titre du risque et imputés à ce titre sur l'objectif de dépenses des soins de ville sont d'origine hospitalière (établissements antérieurement financés par dotation globale).

Un des obstacles à la régulation de ces dépenses de transports réside dans l'incapacité juridique et financière des établissements de santé à organiser matériellement les prestations de transport en lien avec leur établissement (entrée ou sortie).

Ces dépenses sont actuellement prescrites, en ville comme à l'hôpital, dans les conditions prévues par le code de la sécurité sociale (articles R. 322-10 et suivants) et dans le respect du référentiel de prescription médicalisée défini dans l'arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale du 23 décembre 2006. Les frais de transport sont remboursés à l'assuré, ou le plus souvent directement au transporteur, par le biais d'un mécanisme de tiers payant.

Dans ces conditions, la disposition proposée ouvre la possibilité de mener localement une ou plusieurs expérimentations visant à confier à des établissements de santé la gestion des transports prescrits par les professionnels qui y exercent. En liaison avec les caisses d'assurance maladie et les agences régionales de l'hospitalisation, les établissements expérimentateurs se verront confier une enveloppe budgétaire leur permettant d'organiser et gérer les prestations de transports auparavant prescrits sur le même mode que dans la médecine de ville, notamment par l'émission d'appels d'offres et la passation de marchés.

Dans le cadre de cette expérimentation, des modifications dans les modes de prise en charge des frais de transport exposés par les assurés sociaux peuvent intervenir, sans affecter toutefois les taux de participation des assurés.

#### Article 44

A l'article L. 6122-15 du code de la santé publique, sont ajoutés cinq alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation prend les mesures appropriées pour que des établissements publics de santé d'un ou plusieurs territoires de santé créent un groupement de coopération sanitaire, il fixe les compétences de ces établissements obligatoirement transférées au groupement parmi celles figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat.

« Lorsque les compétences transférées sont relatives à l'exercice d'une activité de soins mentionnée au second alinéa de l'article L. 6122-1, l'autorisation est transférée au groupement. Dans ce cas, la première phrase du huitième alinéa de l'article L. 6133-1 n'est pas applicable.

« Les établissements de santé privés exerçant une activité de soins dans le ou les territoires concernés peuvent adhérer à ce groupement.

« Lorsque le groupement de coopération sanitaire comprend des établissements relevant de territoires appartenant à plusieurs régions, sa création est décidée par décision conjointe des directeurs des agences régionales de l'hospitalisation territorialement compétentes. »

#### Exposé des motifs

Le schéma d'organisation sanitaire défini à l'article L. 6121-1 du code de la santé publique comporte une annexe précisant, par territoire de santé, les objectifs quantifiés de l'offre de soins ainsi que les créations, suppressions, transformations, regroupements et coopérations nécessaires à la réalisation de ces objectifs. Le territoire de santé est ainsi devenu l'échelon pertinent au sein duquel les établissements de santé sont invités à organiser leurs activités et à coopérer.

L'article L. 6122-15 du code de la santé publique donne au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation la possibilité d'imposer aux établissements publics de santé de conclure une convention de coopération, de créer un groupement de coopération sanitaire, un syndicat inter hospitalier, un groupement d'intérêt public, et même de mettre en œuvre une procédure de fusion. Cette disposition répond donc déjà pour l'essentiel au vœu de structurer, le cas échéant de manière contraignante, la coopération au niveau d'un territoire. Pour autant, cet article serait utilement complété par une disposition spécifique au groupement de coopération sanitaire, et portant sur la nature et l'étendue des compétences des établissements transférées au groupement.

Dans l'objectif d'accroître l'efficacité de l'offre de soins et d'optimiser les coûts, il est proposé de donner aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation la possibilité de créer des groupements de coopération sanitaire (GCS), mentionnés aux articles L. 6133-1 et suivants du code de la santé publique, dont seront obligatoirement membres les établissements publics de santé exerçant une activité de soins autorisée sur le ou les territoires concernés et auxquels les établissements de santé privés pourront adhérer.

Ces GCS se verraient transférer un certain nombre de compétences des établissements publics de santé membres, certaines à caractère obligatoire, d'autres à caractère facultatif.

La liste des compétences obligatoires sera définie par décret en Conseil d'Etat, après concertation avec les acteurs hospitaliers. Ces compétences pourraient concerner le champ des activités de soins qui font l'objet d'autorisations, la gestion des moyens, la gestion des activités médico-techniques et logistiques, la gestion de pôles inter établissements, les projets d'investissement ou le système d'information hospitalier.

## Article 45

I. - Le chapitre X du titre IV du livre I<sup>er</sup> du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Le I de l'article L. 14-10-1 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 10° De contribuer au financement de l'investissement destiné aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux en fonctionnement ainsi qu'à la création de places nouvelles en établissements et services médico-sociaux. » ;

2° Il est ajouté un article L. 14-10-9 ainsi rédigé :

« *Art. L. 14-10-9.* - Une part des crédits reportés sur l'exercice en cours au titre des excédents de l'exercice précédent est affectée, selon les modalités prévues au dernier alinéa de l'article L. 14-10-5, dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article.

« Ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement et d'équipement immobiliers, pour la mise aux normes techniques et de sécurité, la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du présent code, ainsi que des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

« En vue de faciliter des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 du présent code et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 ayant conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12, les crédits mentionnés au premier alinéa peuvent être utilisés pour prendre en charge les intérêts des emprunts contractés à cet effet.

« Ils peuvent également être utilisés au financement d'actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1, à l'exception des établissements médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui, d'une part, n'ont pas conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12 et d'autre part, ceux visés aux premier et deuxième alinéas du I *bis* de l'article L. 313-12.

« Un arrêté des ministres chargés des personnes âgées, des personnes handicapées et de la sécurité sociale après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie détermine les conditions d'utilisation, l'affectation et le montant des crédits visés par le présent article. »

II. - Le I de l'article L. 313-12 du même code est complété par six alinéas ainsi rédigés :

« Si la convention pluriannuelle n'est pas conclue avant la date prévue au précédent alinéa, les autorités de tarification compétentes procèdent, chacune en ce qui la concerne, à la tarification des établissements retardataires et leur fixent par voie d'arrêté les objectifs à atteindre.

« A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, les établissements susmentionnés perçoivent, jusqu'à la date de prise d'effet de la convention pluriannuelle mentionnée à l'alinéa précédent :

« 1° Un forfait global de soins, correspondant au montant du forfait de soins attribué par l'autorité compétente de l'Etat au titre de l'exercice 2007 lorsqu'ils ont été autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux ;

« 2° Un forfait global de soins dont le montant maximum est déterminé sur la base du groupe iso-ressources moyen pondéré de l'établissement, de sa capacité et d'un tarif soins à la place fixé par arrêté lorsqu'ils ne sont pas autorisés à dispenser des soins aux assurés sociaux ;

« 3° Des tarifs journaliers afférents à la dépendance dont les montants sont fixés par le président du conseil général en application du 2° de l'article L. 314-2 du présent code ;

« 4° Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement, fixés par le président du conseil général dans les établissements habilités à l'aide sociale, calculés en prenant en compte les produits mentionnés au 1° et au 2°. »

III. - L'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie est abrogé.

IV. - Les articles 5 et 23 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales sont abrogés.

V. - Il est inséré à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, après le I *bis*, un I *ter* rédigé comme suit :

« I *ter*. - Les établissements relevant de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation qui, d'une part, bénéficient au 31 décembre 2007 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, et, d'autre part, accueillent des personnes âgées dépendantes dans une proportion inférieure au deuxième seuil mentionné au premier alinéa du I *bis* sont autorisés à passer la convention pluriannuelle prévue au I pour une partie seulement de leur capacité d'accueil correspondant à l'hébergement de personnes âgées dépendantes, dans des conditions prévues par décret. Les résidents hébergés dans la capacité d'accueil non couverte par la convention bénéficient le cas échéant, de l'allocation personnalisée d'autonomie selon les modalités prévues aux articles L. 232-3 à L. 232-7.

« Les établissements relevant de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation qui, d'une part, ne bénéficient pas au 31 décembre 2007 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et, d'autre part, accueillent un nombre de personnes âgées dans une proportion inférieure au seuil mentionnée au I conservent les montants des forfaits de soins attribués par l'autorité compétente de l'Etat au titre de l'exercice 2007 au-delà du 31 décembre 2007 dans la limite du financement des dépenses relatives à la rémunération et aux charges sociales et fiscales y afférentes des personnels de soins salariés par les établissements. Les résidents hébergés dans ces établissements bénéficient, le cas échéant de l'allocation personnalisée d'autonomie selon les modalités prévues aux articles L. 232-3 à L. 232-7. »

VI. - Au II de l'article L. 314-3 du même code, le premier alinéa est remplacé par la phrase suivante :

« Le montant annuel mentionné au dernier alinéa du I ainsi que le montant des dotations prévues au troisième alinéa de l'article L. 312-5-2 sont répartis par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie en dotations régionales limitatives. »

VII. - Au 4° de l'article L. 313-4 du même code, après la référence : « L. 314-3-2 », il est inséré la référence : « , L. 312-5-2 ».

### **Exposé des motifs**

I. - Cet article propose d'élargir les missions de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) afin de lui permettre de mieux accompagner la création de places nouvelles dans les établissements médico-sociaux.

D'une part, il vise à permettre à la CNSA de financer, sur ses réserves, des aides à l'investissement. L'intervention de la CNSA était jusqu'ici possible, mais uniquement pour la rénovation du bâti existant. Les interventions pourront désormais porter sur des investissements nouveaux, ce qui permettra à la fois :

- de réduire les délais qui s'écoulent entre l'autorisation préfectorale et la sortie effective des places ;

- de réduire les sommes laissées à la charge des usagers qui sont souvent alourdies par les frais d'investissement des établissements.

D'autre part, il vise à renforcer les dispositifs par lesquels la CNSA intervient financièrement en matière de formation professionnelle, notamment pour financer certaines formations spécifiques, sur des thématiques prioritaires d'accompagnement de la personne âgée ou handicapée.

II et III. - En application de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles qui fixe la date d'achèvement de la réforme de la tarification dans les établissements hébergeant les personnes âgées dépendantes au 31 décembre 2007, les établissements dont le GIR moyen pondéré (GMP) est supérieur à 300 et qui n'ont pas souscrit de convention tripartite à cette date ne pourront plus accueillir de personnes âgées dépendantes en 2008.

Il est proposé d'arrêter, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, les tarifs applicables aux établissements non conventionnés de façon à inciter ces derniers à passer une convention.

L'article distingue deux catégories d'établissements non conventionnés :

- les établissements qui, aux termes de l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001, bénéficient déjà d'un forfait global de soins (unités de soins de longue durée, notamment). Ces établissements verront leurs ressources fixées à la valeur de 2007 de leur dotation globale de soins dans l'attente de la signature d'une convention ;

- les établissements non médicalisés qui ne disposent pas d'une organisation interne des soins et qui font appel aux prestations de soins de ville. Ceux-ci se verront allouer une dotation sur la base d'un tarif fixé par arrêté dans l'attente de la signature de leur convention.

V. - L'article 48 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006 a assoupli les modalités de conventionnement pour une catégorie spécifique de logements foyers en instaurant le conventionnement partiel qui porte uniquement sur la capacité d'accueil correspondant à l'hébergement des résidents dépendants. Il est proposé de généraliser le conventionnement partiel à tous les logements foyers habilités à dispenser des soins aux assurés sociaux dès lors qu'ils n'accueillent pas plus de 10 % de résidents relevant des GIR 1 et 2. Cela permettra de limiter les sommes laissées à la charge des personnes, de maintenir les forfaits de section de cure médicale et d'instaurer une mixité de l'offre sur des territoires où l'offre de places en établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes est insuffisante.

Les forfaits de soins courants sont amenés à disparaître le 31 décembre 2007 en vertu de l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001. Or, l'enquête sur l'état des lieux « population-cadre bâti » dans les logements foyers pour personnes âgées, réalisée en 2003 et 2004, montre que de nombreux établissements, malgré un GIR moyen pondéré inférieur à 300, perçoivent des forfaits de soins courants. Il est donc proposé de maintenir les forfaits de soins courants pour les logements foyers qui ont un GIR moyen pondéré inférieur à 300, dès lors qu'ils correspondent à des charges de personnel de soins.

VI et VII. - La procédure des enveloppes anticipées, mise en place en 2005, permet de définir chaque année des enveloppes pour les années N+1 et N+2 en fixant par anticipation des crédits pour des créations de place à autoriser tout de suite mais dont l'ouverture effective interviendra en N+1 ou N+2. La mesure vise à conforter cette procédure, notamment en alignant les modalités de répartition des enveloppes d'anticipation entre régions sur celles applicables aux crédits de l'année.

## Article 46

I. - Au 3° de l'article L. 2112-2 du code de la santé publique, après les mots : « Des activités de planification familiale et d'éducation familiale » sont insérés les mots : « ainsi que la pratique d'interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse ».

II. - A l'article L. 2212-2 du même code, les mots : « le praticien » sont remplacés par les mots : « le praticien ou un centre de planification ou d'éducation familiale ».

III. - L'article L. 2311-3 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée : « En outre, il est autorisé à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10. »

### Exposé des motifs

La mesure proposée vise à autoriser les médecins des centres de planification ou d'éducation familiale à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse, possibilité actuellement limitée aux médecins de ville liés par une convention *ad hoc* à un établissement de santé. La publication, en juillet 2004, des derniers textes d'application de la loi du 4 juillet 2001 relative à l'interruption volontaire de grossesse et à la contraception (décret n° 2004-636 du 1<sup>er</sup> juillet 2004 et arrêté du 23 juillet 2004) a permis la pratique effective d'IVG par voie médicamenteuse hors établissements de santé. La possibilité de participer à la mise en œuvre de ce dispositif est demandée par les professionnels des centres de planification ou d'éducation familiale et les associations impliquées dans le domaine de l'IVG.

L'autorisation donnée aux médecins de ces structures de pratiquer des interruptions volontaires de grossesse médicamenteuses hors établissements de santé, dans le cadre du dispositif prévu à l'article L. 2212-2 du code de la santé publique et précisé par les décrets n° 2002-796 du 3 mai 2002 et n° 2004-636 du 1<sup>er</sup> juillet 2004, contribuera à réduire les difficultés rencontrées par les femmes souhaitant interrompre leur grossesse et permettra, en particulier, au public fréquentant les centres de planification de bénéficier d'un accès facilité à ce nouveau mode de prise en charge des IVG.

Les centres de planification ou d'éducation familiale sont des lieux repérés par les femmes pour les sujets de la contraception et de l'interruption volontaire de grossesse. Ces structures assurent, notamment, des consultations médicales relatives à la maîtrise de la fécondité. Elles comptent, à ce titre, des médecins tout particulièrement sensibilisés au sujet de l'IVG et compétents pour pratiquer ces actes qu'ils réalisent bien souvent, de fait, actuellement, en établissement de santé. Les centres de planification sont également compétents pour la réalisation des consultations psycho-sociales préalables et post IVG par des conseillères conjugales appartenant à leurs effectifs.

Les centres de planification constituent des structures particulièrement accessibles et connues des femmes les plus vulnérables (femmes en difficulté et jeunes filles) du fait de la délivrance des médicaments, produits ou objets contraceptifs à titre gratuit aux mineurs désirant garder le secret ainsi qu'aux personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie, assurées par un régime légal ou réglementaire, en application de l'article L. 2311-4 du code de la santé publique. Le souci de faciliter l'accès des femmes et notamment, les plus vulnérables, aux IVG, répond au souhait exprimé par la ministre de la santé, de la jeunesse et des sports dans son discours du 11 septembre dernier de mener en faveur des femmes, une politique volontariste sur leur santé et tout particulièrement, en direction de celles connaissant les situations les plus difficiles.

La mise en œuvre de la mesure permettra de multiplier le nombre des acteurs qui peuvent pratiquer des IVG médicamenteuses. 42 % des IVG pratiquées en France sont des IVG médicamenteuses (environ 90 0000 actes) et seules, 9,5 % (8 450) d'entre elles ont été pratiquées par des médecins de ville en 2005, et 16,5 % en 2006 (15 000).

### Article 47

L'article L. 3411-4 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 3411-4.* - Le dépistage des hépatites virales et la vaccination contre ces virus sont gratuits et anonymes lorsqu'ils sont effectués dans un centre de soin, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

« Les dépenses afférentes à ces activités sont prises en charge par l'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale. »

### Exposé des motifs

L'étude de la dynamique de l'infection par le virus de l'hépatite B a conduit depuis plusieurs années l'Institut de veille sanitaire (INVS) et le Conseil supérieur d'hygiène publique de France à recommander la vaccination des toxicomanes utilisant des drogues par voie intraveineuse ou intra nasale.

Le comité stratégique du programme national contre l'hépatite virale recommande la gratuité de cette vaccination. La précarité des usagers de drogues est en effet une donnée sociale connue et démontrée (voir étude Coquelicot, INVS-ANRS).

Ces éléments montrent la nécessité d'augmenter l'accessibilité de la vaccination contre le virus de l'hépatite B pour cette population. Il est proposé d'asseoir cette meilleure accessibilité sur les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA), qui assurent déjà la prise en charge des personnes toxicomanes et qui disposent du personnel médical et para médical idoines.

Il s'agit donc de permettre au CSAPA de proposer gratuitement au public cible le dépistage du statut sérologique et la vaccination si nécessaire.

Les patients toxicomanes accueillis en CSAPA peuvent être évalués à 75 000, parmi lesquels un tiers seraient injecteurs ou sniffeurs actifs soit 25 000. Sur ces 25 000 personnes, environ 25 % sont déjà vaccinés.

La population à dépister s'élèvent donc à 19 000 personnes, parmi lesquelles environ 10 000 (40 % de 25 000) bénéficient d'une immunité naturelle acquise. Le nombre de personnes à vacciner s'élèverait donc à 9 000 personnes, soit une cible de 7 000 si l'on retient l'objectif proposé par le comité stratégique du programme national contre l'hépatite virale de 80 % de vaccination en trois ans.

### **Article 48**

Le montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins institué à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2008, à 301 millions d'euros. Le montant maximal des dépenses de ce fonds est fixé à 355 millions d'euros.

### **Exposé des motifs**

Le fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) est créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Ses missions sont codifiées par l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Consacré au financement des initiatives rapprochant la médecine de ville et l'hôpital et aux réseaux de santé, ce fonds contribue aussi au financement de la mise en œuvre du dossier médical personnel (DMP).

La mesure proposée a pour objet de fixer le montant de la dotation annuelle du FIQCS.

**Article 49**

Pour l'année 2008, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale à 179,6 milliards d'euros ;

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

**Exposé des motifs**

Le champ des objectifs de dépenses de la branche maladie pour l'exercice 2008 est le même que pour l'exercice 2007. L'évolution prévue des dépenses est de 3,6 % pour l'ensemble des régimes et pour le régime général.

**Article 50**

Pour l'année 2008, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

	(en milliards d'euros)
	Objectif de dépense
Dépenses de soins de ville	70,7
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	48,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,4
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	152,1

**Exposé des motifs**

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie proposé pour 2008 s'élève à 152,1 milliards d'euros. Cet objectif représente une progression de +2,8 % et de +3,4 % si l'on prend en compte l'impact des nouvelles franchises médicales.

## Article 51

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 50 millions d'euros au titre de l'année 2008.

### Exposé des motifs

Depuis sa création, les dotations de l'assurance maladie à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) ont été de 70 millions d'euros par an de 2002 à 2004 et de 30 millions d'euros en 2005.

Pour les années 2006 et 2007, aucune dotation de l'assurance maladie n'est apparue nécessaire au vu des dotations déjà votées, le fonds de roulement de l'ONIAM s'établissant à 200 millions d'euros fin 2005 et à 165 millions d'euros fin 2006.

Le premier semestre 2007 a été marqué par une croissance des dépenses d'indemnisation de l'ONIAM. Elle a pour cause essentiellement :

- une augmentation du montant moyen des indemnisations ;
- la clôture par l'office d'un plus grand nombre de dossiers par mois (la clôture du dossier donne lieu au versement du solde soit les  $\frac{3}{4}$  de l'indemnisation) ;
- une augmentation du montant des indemnisations versées par l'office à l'issue de contentieux (mises en cause directes de l'office ou contestations d'offres faites par l'ONIAM), qui n'est que peu compensée par le taux de récupération des indemnisations versées par l'office substitué dans les droits de la victime contre l'assureur de l'auteur du dommage.

Ces dépenses sous estimées dans le budget initial 2007 de l'ONIAM ont contraint à des prélèvements sur le fonds de roulement qui, fin 2007, s'élèverait à environ 100 millions d'euros.

Dans la perspective d'un maintien de la tendance initiée en 2007, il apparaît nécessaire de prévoir une contribution de la branche assurance maladie à l'ONIAM de 50 millions d'euros en 2008

## Article 52

Le montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé, pour l'année 2008, à 75 millions d'euros.

### Exposé des motifs

L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) a été institué par le décret n°2007-1273 du 27 août 2007 pris en application de la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur. Son objet porte, d'une part, sur la gestion des achats, du stockage et de la livraison de traitements répondant aux menaces sanitaires de grande ampleur - pandémie grippale, épidémies de méningites ou risques bio-terroristes, par exemple - d'autre part, sur la constitution et la gestion de la réserve sanitaire.

L'institution de cet établissement dont le financement des actions est assuré à parité par l'assurance maladie et l'Etat renforce la capacité de réponse de la Nation aux menaces sanitaires de grande ampleur. En matière de financement, elle s'inscrit dans la continuité des dispositions adoptées dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui avait déjà cherché à rationaliser les règles de financement des mesures relatives aux menaces sanitaires graves.

Le fonds unique de financement des plans de préparation aux menaces sanitaires graves et de réponse aux situations d'urgence sanitaire (FOPRIS) institué par l'article 97 de la loi de financement de la sécurité sociale regroupait :

- le fonds de concours 35-1-6-955 « participation de la CNAMTS à l'achat, au stockage et à la livraison de traitements pour les pathologies résultant d'actes terroristes ou de menaces sanitaires graves », utilisé dans le cadre de la préparation de la réponse aux menaces sanitaires d'origine terroriste et à une pandémie grippale ;

- le fonds 35-1-6-900 « participation à une action de prévention épidémiologique » créé en 2003, suite à une épidémie de méningite dans le Sud-ouest et pour prévenir le risque d'autres épidémies, utilisé jusqu'à présent pour l'achat de vaccins contre les différentes formes de méningite.

Section 2

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

**Article 53**

Pour l'année 2008, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 179,7 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 94,3 milliards d'euros.

**Exposé des motifs**

Le champ des objectifs de dépenses de la branche vieillesse pour l'exercice 2008 est le même que pour l'exercice 2007. Ils seront en hausse de 4,8 % pour le régime général et de 4,4 % pour le champ tous régimes.

Section 3  
**Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail  
et de maladies professionnelles**

**Article 54**

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente ».

**Exposé des motifs**

Le montant de la rente pour accident du travail ou maladie professionnelle est le résultat du produit du salaire annuel de la victime par le taux utile. Ce dernier est obtenu en divisant par 2 la partie du taux d'incapacité permanente inférieure à 50 % et en multipliant par 1,5 la partie du taux supérieure à 50 %.

En cas d'accidents du travail successifs, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, pour calculer le taux utile de la rente du dernier accident, on tient compte des taux d'incapacité permanente antérieurement reconnus.

Cette méthode permet de mieux indemniser la victime en tenant compte de sa situation antérieure, mais le montant de la rente servie peut, dans certains cas, dépasser le montant de l'ancien salaire. Cette situation n'est pas justifiable au regard de la finalité de la rente, qui vise avant tout à indemniser la perte de capacité de gain, d'autant plus qu'aucun accident ne peut occasionner à lui seul plus de 100 % d'incapacité permanente.

La mesure proposée vise donc à plafonner le taux de la rente à 100 % par accident, de façon à ce que, pour un seul accident, la rente versée ne puisse excéder l'ancien salaire.

## Article 55

Au II et au III de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, les mots : « accident » et « accidents » sont remplacés par le mot : « décès ».

### Exposé des motifs

Le III de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 a procédé à une revalorisation des rentes pour accidents du travail et maladies professionnelles versées aux ayants droit de la victime d'accident du travail ou de maladie professionnelle. Les nouveaux taux ont été fixés à :

- 40 % du salaire pour le conjoint, le partenaire d'un pacte civile de solidarité ou le concubin ;

- 25 % du salaire pour chacun des deux premiers enfants et 20 % par enfant au-delà. Lorsque les enfants sont orphelins de père et de mère au moment de l'accident ou le deviennent postérieurement, ils bénéficient d'un complément de rente égal à 10 %.

Ces dispositions sont applicables aux accidents survenus à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2001. Un décret paru le 24 décembre 2002 a précisé les conditions d'application de sorte que depuis le 31 décembre 2002, tous les nouveaux ayants droit bénéficient des nouveaux taux, quelle que soit la date de l'accident ou de la maladie qui est à l'origine du décès.

Cependant, la rédaction de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 qui fait référence aux accidents survenus, ou maladies constatées après le 1<sup>er</sup> septembre 2001, a créé une inégalité de traitement : les ayants droit des assurés dont le décès est intervenu entre le 1<sup>er</sup> septembre 2001 et le 31 décembre 2002 mais consécutivement à un accident ou une maladie antérieurs au 1<sup>er</sup> septembre 2001 n'ont pu bénéficier des nouveaux taux, à la différence des ayants droit des assurés pour lesquels l'accident ou la maladie a eu lieu après le 1<sup>er</sup> septembre 2001. Or, le fait générateur d'une rente d'ayant droit étant le décès, et non l'accident ou la maladie, appliquer des taux différents pour des faits générateurs similaires apparaît inéquitable.

A ce titre, la mesure proposée vise à ce que toutes les rentes d'ayants droit liquidées suite à des décès postérieurs au 1<sup>er</sup> septembre 2001 bénéficient des taux en vigueur actuellement, quelle que soit la date de l'accident ou de la maladie à l'origine du décès. Les arriérés seront versés aux intéressés concernés par la mesure.

## Article 56

I. - Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 850 millions d'euros au titre de l'année 2008.

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 d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 315 millions d'euros au titre de l'année 2008.

### Exposé des motifs

I. - Au 31 mars 2007, près de 33 500 personnes bénéficiaient du dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Les sorties du dispositif (pour cause de départ à la retraite) progressent au fur et à mesure qu'il arrive à maturité (13 910 départs en retraite cumulés depuis 1999 à fin mars 2007).

Compte tenu de la ressource constituée par le versement au fonds d'une part fixée à 0,31 % des droits de consommation sur le tabac et de la contribution des employeurs en vertu de l'article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, la contribution de la branche est fixée à hauteur de 850 millions d'euros au titre de l'année 2008.

II. - Les dépenses d'indemnisation du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) fin 2007 sont estimées à 476 millions d'euros en se fondant sur l'augmentation du nombre de dossiers reçus par le FIVA, le maintien du nombre de demandes d'indemnisation de pathologies malignes et la réduction escomptée des délais de liquidation et de paiement des offres suite à un renfort en personnel.

Dans la perspective du maintien des tendances de l'année 2007, compte tenu des dotations déjà votées et de la dotation prévue de l'Etat à hauteur de 50 millions d'euros, il apparaît nécessaire de maintenir la contribution de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles au FIVA à 315 millions d'euros en 2008.

### **Article 57**

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2008, à 410 millions d'euros.

### **Exposé des motifs**

En application de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, cet article fixe le montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) à la branche maladie, au titre de la sous-déclaration des AT-MP.

Au vu du rapport de la dernière commission prévue à l'article L. 176-2 chargée d'évaluer le montant annuel résultant de cette sous-déclaration, présidée en 2005 par M. Diricq, conseiller à la Cour des comptes, le versement à l'assurance maladie a été fixé à 410 millions d'euros en 2007.

Dans l'attente du rapport de la prochaine commission qui sera remis en 2008 et en l'absence d'élément nouveau, il est proposé de fixer le montant de ce versement au même niveau qu'en 2007, soit 410 millions d'euros.

**Article 58**

Pour l'année 2008, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 11,8 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 10,5 milliards d'euros.

**Exposé des motifs**

Le champ des objectifs de dépenses de la branche accidents du travail pour l'exercice 2008 est le même que pour l'exercice 2007. L'évolution prévue des dépenses est de 1,7 % pour l'ensemble des régimes et 1 % pour le régime général.

Section 4  
**Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille**

**Article 59**

L'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale est complété par nouvel alinéa rédigé comme suit :

« Le montant de l'allocation de rentrée scolaire varie selon l'âge de l'enfant ».

**Exposé des motifs**

La modulation de l'allocation de rentrée scolaire correspond à une demande des familles et des associations qui soulignent la différence de coût de la rentrée selon l'âge de l'enfant. Ainsi, selon les services de la CNAF, en 2002, un collégien coûte près de deux fois plus à sa famille qu'un écolier et un lycéen trois fois plus.

Cette modulation a été évoquée à plusieurs reprises au cours des débats sur des projets de lois de financement de la sécurité sociale successifs aussi bien au Sénat qu'à l'Assemblée nationale.

La mesure consiste donc à moduler la prestation en fonction de l'âge de l'enfant afin de tenir compte de la dépense réellement engagée par la famille.

## Article 60

I. - L'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, les mots : « ayant dépassé l'âge d'ouverture du droit à l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé prévue à l'article L. 541-1 du même code, » sont supprimés ;

2° Le III est ainsi rédigé :

« III. - Les bénéficiaires de l'allocation prévue à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale, peuvent la cumuler :

« 1° Soit avec la prestation de compensation, dans des conditions fixées par décret, lorsque les conditions d'ouverture du droit au complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé sont réunies et lorsqu'ils sont exposés, du fait du handicap de leur enfant, à des charges relevant de l'article L. 245-3. Dans ce cas, le cumul s'effectue à l'exclusion du complément de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé ;

« 2° Soit avec le seul élément de la prestation mentionné au 3° de l'article L. 245-3, dans des conditions fixées par décret, lorsqu'ils sont exposés, du fait du handicap de leur enfant, à des charges relevant dudit 3°. Ces charges ne peuvent alors être prises en compte pour l'attribution du complément de l'allocation susmentionnée. »

II. - Au premier alinéa de l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale, après les mots : « l'article L. 541-1 » sont insérés les mots : « ou de l'allocation et de la prestation mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ».

III. - Avant le dernier alinéa de l'article L. 544-9 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 9° L'élément de la prestation de compensation mentionné au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles. »

IV. - Le présent article entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> avril 2008.

### Exposé des motifs

Cet article vise à mettre en place un droit d'option entre la prestation de compensation du handicap et les compléments d'allocation d'éducation de l'enfant handicapé. Cette mesure permet, dans le cadre posé par la loi du 11 février 2005, d'ouvrir l'accès à la prestation de compensation du handicap aux enfants à compter de 2008.

La mesure proposée permettra d'améliorer immédiatement la situation des familles d'enfants lourdement handicapés obligées de recourir, compte tenu de l'ampleur de leurs besoins, à des aides humaines rémunérées.

Les modalités précises d'exercice de ce droit d'option seront fixées par décret. L'entrée en vigueur de l'ensemble du dispositif est fixée au 1<sup>er</sup> avril 2008 pour permettre aux maisons départementales des personnes handicapées d'adapter leur organisation à cette extension de leurs missions.

## Article 61

I. - Le premier alinéa de l'article L. 512-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« Bénéficiaire de plein droit des prestations familiales dans les conditions fixées par le présent livre les ressortissants des Etats membres de la Communauté européenne, des autres Etats parties à l'accord sur l'Espace économique européen et de la Confédération suisse qui remplissent les conditions exigées pour résider régulièrement en France, la résidence étant appréciée dans les conditions fixées pour l'application de l'article L. 512-1.

« Bénéficiaire également de plein droit des prestations familiales dans les conditions fixées par le présent livre les étrangers non ressortissants d'un Etat membre de la Communauté européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse, titulaires d'un titre exigé d'eux en vertu soit de dispositions législatives ou réglementaires, soit de traités ou accords internationaux pour résider régulièrement en France. »

II. - Au troisième alinéa de l'article L. 831-1 du code de la sécurité sociale et au premier alinéa de l'article L. 351-2-1 du code de la construction et de l'habitation les mots : « titulaires d'un des titres de séjour ou document justifiant de la régularité du séjour et prévus en application de » sont remplacés par les mots : « dans les conditions prévues par l'article L. 512-2 ».

III. - L'article L. 512-5 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 512-5.* - Les prestations familiales du régime français ne peuvent se cumuler avec les prestations pour enfants versées en application des traités, conventions et accords internationaux auxquels la France est partie ou en application d'une législation ou d'une réglementation étrangère, ainsi qu'avec les prestations pour enfants versées par une organisation internationale.

« Dans ce cas, seules des allocations différentielles peuvent être éventuellement versées. Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »

### Exposé des motifs

Conformément aux dispositions de l'article L. 512-2 du code de la sécurité sociale, les ressortissants étrangers titulaires d'un titre de séjour exigé d'eux en vertu des dispositions législatives ou réglementaires ou de traités internationaux pour résider régulièrement en France bénéficient des prestations familiales. Ceci implique que les ressortissants étrangers ne bénéficient pas de plein droit des prestations familiales mais qu'ils doivent justifier de la régularité de leur séjour en France pour pouvoir prétendre à ces prestations.

Pour les ressortissants communautaires, les dispositions de l'article L. 512-2 sont aujourd'hui ambiguës. En effet, à la différence des autres étrangers, ils ne sont plus astreints à la détention d'un titre de séjour. Pour autant, les dispositions de la directive 2004/38 du 29 avril 2004 prévoient des conditions de régularité de séjour pour les ressortissants communautaires, à savoir, pour les séjours de plus de trois mois, disposer de ressources suffisantes et d'une couverture maladie. Cette directive a été transposée par la loi n° 2006-911 du 24 juillet 2006 relative à l'immigration et à l'intégration.

Pour éviter toute ambiguïté sur l'appréciation de la régularité du droit au séjour des ressortissants communautaires pour l'obtention des prestations familiales, le I et le II de cet article clarifient les dispositions du code de la sécurité sociale et du code de la construction en indiquant que le bénéfice des prestations familiales est subordonné au respect des conditions de régularité de séjour.

Le III de cet article vise principalement à étendre la règle qui limite le cumul de prestations familiales françaises et étrangères (fixée à l'article L. 512-5 du code de la sécurité sociale), aux prestations familiales versées :

- en application du droit interne d'un Etat ou d'une entité infra-étatique étrangère (comme par exemple la réglementation cantonale suisse) ;
- en application des statuts et règles propres à une organisation internationale.

Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 512-5 du code de la sécurité sociale ne vise en effet que les prestations familiales perçues en application de traités, d'accords et de conventions internationaux. Or, dans certains cas de figure, les bénéficiaires perçoivent des prestations familiales sur la base d'un autre texte, issu de la législation interne d'un autre Etat ou des statuts d'une organisation internationale.

Ces situations n'étant pas visées par l'article L. 512-5 précité, ces prestations sont actuellement librement cumulés avec les prestations familiales françaises. Il est proposé de mettre fin à ce cumul, dont les bénéficiaires actuels, s'ils sont vraisemblablement peu nombreux, ont pour la plupart des revenus relativement élevés (cas des salariés des organisations internationales qui résident en France).

Par ailleurs, la modification proposée élargit l'habilitation du pouvoir réglementaire à la définition de l'ensemble des modalités d'application de cet article (conditions de calcul et de service de l'allocation différentielle en particulier, actuellement définies par circulaire), et non uniquement la périodicité de versement de l'allocation. Ce faisant, elle vise à clarifier et à sécuriser le droit applicable en la matière.

**Article 62**

Pour l'année 2008, les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 56,8 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 56,4 milliards d'euros.

**Exposé des motifs**

Le champ des objectifs de dépenses de la branche famille pour l'exercice 2008 est le même que pour l'exercice 2007. Leur évolution sera de 3,0 % par rapport à 2007.

## 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 63**

I. - A l'article L. 224-5-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré après le septième alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« Il donne son avis sur les orientations de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 224-5-5. »

II. - A l'article L. 224-5-2 du même code, il est inséré après le 2° un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* De déterminer, pour la conclusion de la convention mentionnée à l'article L. 224-5-5, les orientations relatives aux missions de l'Union pour une période minimale de quatre ans, ainsi que les moyens, notamment budgétaires. »

III. - Après l'article L. 224-5-4 du même code, il est inséré deux articles L. 224-5-5 et L. 224-5-6 ainsi rédigés :

« *Art. L. 224-5-5.* - Une convention d'objectifs et de gestion conclue entre l'Etat et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale détermine les orientations pluriannuelles liées à la mise en œuvre des missions confiées à l'Union.

« Cette convention détermine également les moyens de fonctionnement dont l'Union dispose et fixe les règles de calcul et d'évolution de son budget. Elle prévoit les indicateurs associés aux objectifs fixés. Elle précise les conditions de conclusion des avenants en cours d'exécution, notamment pour tenir compte du renouvellement des conventions mentionnées à l'article L. 227-1.

« La convention est signée par le président du conseil d'orientation, le président du comité exécutif et le directeur de l'Union.

« *Art. L. 224-5-6.* - Les caisses nationales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale concluent avec l'Union nationale des caisses de sécurité sociale une convention précisant leurs objectifs et leurs engagements réciproques pour la réalisation des missions de l'Union. Cette convention est signée par le directeur général ou le directeur de chaque caisse nationale et de l'Agence centrale et, pour l'Union, par le président du comité exécutif et le directeur. Elle est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale. »

IV. - Au premier alinéa de l'article L. 153-1 du même code les mots : « à l'Union des caisses nationales de sécurité sociales » sont supprimés.

V. - Au premier alinéa de l'article L. 224-10 du même code, les mots : « et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « , de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale et de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale ».

## Exposé des motifs

L'Union des caisses nationales de sécurité sociale (UCANSS) est chargée au sein du régime général de la gestion des tâches mutualisées aux trois caisses nationales et à l'ACOSS. Son action touche des domaines clés pour le régime général en matière de ressources humaines et de négociation collective, mais aussi d'autres démarches communes (immobilier, achats,...). Les caisses nationales ont vu leur cadre d'action évoluer en 1996 avec la mise en place des conventions d'objectifs et de gestion, conventions prévues également pour les autres régimes (régime agricole et régime social des indépendants), et aujourd'hui progressivement étendues aux régimes spéciaux.

L'UCANSS ne dispose pas aujourd'hui d'un cadre d'action adapté à la programmation pluriannuelle et mis en place pour renforcer l'efficacité de la gestion du service public de la sécurité sociale. L'action de l'UCANSS repose aujourd'hui sur une approche annuelle alors que celle des différentes branches est structurée de manière pluriannuelle dans le cadre de leur convention d'objectifs et de gestion.

L'UCANSS ainsi que les caisses nationales et l'agence centrale ont la volonté de renforcer leur partenariat dans un cadre désormais pluriannuel ; tel est le sens du projet « UCANSS 2010 » approuvé par le comité exécutif le 20 juin et le conseil d'orientation le 12 juillet.

Le présent article crée une convention d'objectifs et de gestion pour l'UCANSS dont la détermination fera intervenir le conseil d'orientation et le comité exécutif des directeurs où sont représentées les Caisses nationales. Il adapte à cet effet les règles budgétaires applicables à l'Union en cohérence avec la pluriannualité.

Il fixe également le principe d'une contractualisation entre les caisses nationales et l'UCANSS pour la mise en œuvre de ses missions.

Cet article ouvre ainsi la possibilité de concrétiser le projet « UCANSS 2010 » dans une démarche contractuelle pluriannuelle.

**Article 64**

I. - A l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré après le deuxième alinéa un alinéa ainsi rédigé :

« Elle peut assurer la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des caisses nationales du régime général, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou des organismes locaux. »

II. - L'article L. 224-12 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L.224-12.* - Les caisses nationales, l'agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'union nationale des caisses de sécurité sociale peuvent passer, pour leur propre compte et celui des organismes locaux des marchés ou des accords cadres. Dans le cadre de la procédure d'accord cadre, lorsque celui-ci est attribué à plusieurs opérateurs économiques, les organismes locaux passent les marchés subséquents dans les conditions fixées par l'arrêté pris en application de l'article L. 124-4. Lorsque l'accord cadre est attribué à un seul opérateur économique, les organismes locaux sont alors dispensés du respect de ces obligations. »

III. - Le *c* du 2° de l'article L. 723-11 du code rural est remplacé par les dispositions suivantes :

« *c)* En assurant la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 et en passant, pour son propre compte et celui desdits organismes, des marchés ou des accords cadres. Dans le cadre de la procédure d'accord cadre, lorsque celui-ci est attribué à plusieurs opérateurs économiques, les organismes locaux passent les marchés subséquents dans les conditions fixées par l'arrêté pris en application de l'article L. 124-4 du présent code. Lorsque l'accord cadre est attribué à un seul opérateur économique, les organismes locaux sont alors dispensés du respect de ces obligations. »

IV. - A l'article L. 124-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré après le premier alinéa l'alinéa suivant :

« Les groupements d'intérêt public et les groupements d'intérêt économique financés majoritairement par un ou plusieurs organismes mentionnés au premier alinéa, ou par un ou plusieurs organismes nationaux cités à l'article L. 200-2, respectent dans les mêmes conditions les garanties prévues en matière de marchés de l'Etat. »

V. - Au 4° du I de l'article L. 227-1 du même code, les mots : « des budgets de gestion administrative et, s'il y a lieu, des budgets de contrôle médical, » sont remplacés par les mots : « des budgets de gestion, et, s'il y a lieu, ».

## Exposé des motifs

Ces mesures visent à améliorer la performance de la gestion des organismes de sécurité sociale en donnant davantage de souplesse aux caisses nationales et en rationalisant l'application des règles de marchés publics aux organismes de sécurité sociale ou aux organismes qu'ils financent.

Les dispositions du présent article permettent aussi aux caisses nationales et à l'union nationale des caisses de sécurité sociale d'assurer la fonction de centrale d'achat pour le compte des organismes de sécurité sociale. Elles tirent également les conséquences du remplacement du mécanisme des conventions de prix par celui des accords cadres dans le nouveau code des marchés publics. Ce nouveau mécanisme permet de présélectionner des prestataires sur une période donnée et de les mettre en concurrence lors de la survenance du besoin. Ces dispositions permettront de rationaliser la fonction d'achat des organismes de sécurité sociale, de les faire bénéficier de meilleures conditions de négociation et d'économies d'échelles. Elles sont également applicables à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole, par modification du code rural.

Il s'agit également de soumettre obligatoirement les groupements d'intérêt public et les groupements d'intérêt économique financés majoritairement par les organismes de sécurité sociale au régime juridique applicable aux organismes de sécurité sociale en matière de marchés publics. Même si dans la pratique ces organismes se soumettent en général volontairement à ce régime, il convient de renforcer le cadre juridique sur ce point, d'autant que les dépenses de ces organismes sont aujourd'hui conséquentes. Cette mesure est de nature à assurer une meilleure protection des deniers publics. L'obligation de mise en concurrence des fournisseurs ou des prestataires permet de dégager des économies de gestion et de garantir l'égalité des fournisseurs ou des prestataires devant la commande publique.

L'article de loi fusionne enfin, pour la CNAMTS, le fonds national de gestion administrative et le fonds national du contrôle médical aux fins de mieux optimiser la gestion de ces budgets aujourd'hui séparés. Ces deux fonds sont identifiés par la loi dans le code de la sécurité sociale. Or en pratique, ils financent le même type de dépenses : dépenses de personnel et frais de fonctionnement notamment. Il y a par conséquent intérêt à fusionner ces deux fonds, afin d'améliorer la lisibilité de ces budgets en les consolidant, et de faciliter la gestion des crédits qui y sont inscrits. Les modalités du regroupement ainsi opéré devront toutefois, au regard des missions exercées par les praticiens conseils, garantir un suivi budgétaire et comptable spécifique des moyens qui leur sont consacrés.

## Article 65

Le code rural est ainsi modifié :

I. - Il est inséré après l'article L. 723-4 un article L. 723-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 723-4-1.* - Le conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole peut décider, sur proposition de l'assemblée générale centrale, la fusion de deux ou plusieurs caisses de mutualité sociale agricole. La date d'effet est fixée au 1<sup>er</sup> janvier de l'année civile du terme du mandat des administrateurs ou au premier jour du mois civil suivant le terme de ce mandat.

« Dans ce cas, le conseil central peut constituer en son sein, en tant que de besoin, une commission chargée de prendre toutes mesures nécessaires à la mise en place de la nouvelle caisse en lieu et place des conseils d'administration des caisses concernées. Cette commission peut s'adjoindre des personnalités qualifiées. La composition de cette commission est soumise à l'approbation du ministre chargé de l'agriculture. Les décisions de la commission sont soumises au contrôle de l'Etat dans les conditions prévues par l'article L. 152-1 du code de la sécurité sociale et sont exécutoires par les directeurs des caisses concernées dès leur approbation. »

II. - L'article L. 723-11 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 10° De prendre les mesures nécessaires au pilotage du réseau des organismes de mutualité sociale agricole et de confier à certains d'entre eux la charge d'assumer des missions communes. »

III. - L'article L. 723-13 est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 723-13.* - La Caisse centrale de la mutualité sociale agricole exerce, au titre des attributions énoncées aux articles L. 723-11, L. 723-12 et L. 723-12-1 un pouvoir de contrôle sur les caisses de mutualité sociale agricole mentionnées à l'article L. 723-2 ainsi que sur les groupements et associations mentionnés à l'article L. 723-5.

« Sans préjudice des dispositions de l'article L. 724-1, elle peut également contrôler la régularité des opérations de liquidation des cotisations et des prestations de sécurité sociale par les caisses de mutualité sociale agricole.

« Ces contrôles sont effectués selon des modalités fixées par décret. »

### Exposé des motifs

La mutualité sociale agricole procède à la restructuration de son réseau en vue de l'adapter aux évolutions démographiques des professions agricoles. Son plan d'action stratégique a prévu qu'en 2010, au terme du mandat des administrateurs en place, ce réseau sera composé de 35 caisses au lieu de 78 en 2002 et 66 en 2007. Le présent article renforce les moyens de la caisse centrale de la MSA (CCMSA) en vue d'atteindre cet objectif. Pour améliorer la qualité du service et les performances des caisses, il donne à la CCMSA des pouvoirs renforcés de pilotage, l'autorise à confier à une ou plusieurs caisses des missions mutualisées et lui confère le pouvoir de contrôler les organismes du réseau.

## Section 6

**Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude****Article 66**

Afin de renforcer la coordination des actions du service du contrôle médical avec les prérogatives de l'employeur telles qu'elles découlent de la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle, les caisses de sécurité sociale qui, en 2006, ont servi un nombre d'indemnités journalières par assuré supérieur à la moyenne nationale et qui figurent sur une liste fixée par le directeur général de l'union nationale des caisses d'assurance maladie expérimentent, par dérogation aux dispositions du II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, une procédure fixée comme suit :

1° Lorsque le service du contrôle médical reçoit l'avis mentionné au troisième alinéa du II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, celui-ci, au vu de l'avis :

a) Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré ;

b) Soit, sans qu'il soit besoin d'un contrôle supplémentaire, demande à la caisse de suspendre le versement des indemnités journalières. La caisse en informe l'assuré et son employeur. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de cette information, l'assuré peut demander à la caisse de saisir le service du contrôle médical qui se prononce dans un délai fixé par décret.

Lorsque le service du contrôle médical, saisi ou non par l'assuré, estime que l'arrêt de travail est médicalement justifié, la caisse maintient ou rétablit le service des prestations. La décision de maintien ou de rétablissement des indemnités journalières est communiquée, par l'organisme de prise en charge, à l'assuré ainsi qu'à l'employeur ;

2° Lorsque la prescription d'un arrêt de travail est consécutive à une décision de suspension des indemnités journalières, l'organisme de prise en charge suspend le service de ces indemnités et saisit le service du contrôle médical, qui rend son avis dans un délai fixé par décret.

L'expérimentation prend fin le 31 décembre 2009. Le ministre chargé de la sécurité sociale transmet au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport d'évaluation, assorti des observations des caisses de sécurité sociale ayant participé à l'expérimentation.

**Exposé des motifs**

Les actions résolument conduites par la CNAMTS et le service médical de l'assurance maladie ont permis, dans le cadre des orientations fixées par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, d'obtenir des résultats très significatifs en matière de maîtrise des dépenses d'indemnités journalières. Celles-ci ont en effet vu leur nombre décroître de plus de 3 % par an sur les exercices 2004, 2005 et 2006.

Afin de prolonger ces évolutions, il est désormais nécessaire de renforcer la coordination des actions conduites par le service du contrôle médical et celles menées par les employeurs en vertu des dispositions de la loi dite de mensualisation de 1978.

Il est donc proposé de conduire une expérimentation en ce sens. Dans le cadre de cette expérimentation, le constat médical de l'aptitude du salarié dans le cadre de la contre-visite pourra ainsi entraîner une suspension des indemnités journalières servies par l'assurance maladie, avec l'accord du contrôle médical. Bien entendu, le contrôle médical des caisses pourra à tout moment, sur simple constatation médicale de l'état de santé de l'assuré, revenir sur cette suspension. En outre, l'assuré aura la possibilité de demander un nouvel examen de sa situation par le contrôle médical.

La mise en œuvre de l'expérimentation sera accompagnée d'une information des employeurs afin qu'ils soient incités à communiquer très en amont avec les organismes de sécurité sociale.

Prendront part à l'expérimentation les caisses de sécurité sociale ayant, dans chacun des régimes concernés, indemnisé le plus grand nombre de jours d'arrêt de travail par assuré en 2006. Durant cette période, les caisses primaires d'assurance maladie ont, en moyenne, pris en charge 4,73 jours d'arrêt de travail par assuré. Les 25 CPAM (sur un total de 128) qui en ont indemnisé le plus grand nombre ont pris en charge plus de 5,83 jours d'arrêt de travail par assuré, le maximum étant de 9,59 jours.

L'expérimentation pourra être suivie par un comité de pilotage associant notamment les médecins conseils, l'Ordre national des médecins et les associations de malades. Elle donnera lieu à une évaluation, en vue notamment de son éventuelle généralisation dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010, et le rapport d'évaluation sera communiqué au Parlement.

## Article 67

I. - Les deux derniers alinéas de l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

II. - L'article L. 583-3 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 583-3.*- Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul des prestations familiales, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes débiteurs de prestations familiales selon les modalités de l'article L. 114-14 du code de la sécurité sociale.

« La fraude, la fausse déclaration et l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent le demandeur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17.

« Lorsque ces informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires ou les demandeurs les communiquent par déclaration aux organismes débiteurs de prestations familiales.

« Ces organismes contrôlent les déclarations des allocataires, notamment en ce qui concerne leur situation de famille, les enfants et personnes à charge, leurs ressources, le montant de leur loyer, leurs conditions de logement.

« Pour l'exercice de leur contrôle, les organismes débiteurs de prestations familiales peuvent demander toutes les informations nécessaires aux administrations publiques, notamment les administrations financières, et aux organismes de sécurité sociale, de retraite complémentaire et d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer.

« Les informations demandées aux allocataires, aux administrations et aux organismes ci-dessus mentionnés doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'attribution des prestations familiales.

« Un décret fixe les modalités d'information des allocataires qui font l'objet d'un contrôle défini dans le présent article.

« Les personnels des organismes débiteurs sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées.

« Le versement des prestations peut être suspendu si l'allocataire refuse de se soumettre aux contrôles prévus par le présent article. »

III. - Le cinquième alinéa de l'article L. 821-5 du même code est ainsi rédigé :

« Les dispositions des articles L. 114-13, L. 377-2, L. 377-4 et L. 583-3 du présent code sont applicables à l'allocation aux adultes handicapés. »

IV. - L'article L. 831-7 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 831-7.* - Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de l'allocation de logement, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes et services chargés du paiement de cette allocation selon les modalités de l'article L. 114-14 du code de la sécurité sociale.

« La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent le demandeur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17.

« Lorsque les informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au 1<sup>er</sup> alinéa, les allocataires ou les demandeurs les communiquent par déclaration aux organismes chargés du paiement de cette allocation.

« Ces organismes sont habilités à faire vérifier sur place si le logement satisfait aux exigences visées au premier alinéa de l'article L. 831-3. Le maire ou toute association de défense des droits des locataires affiliée à une association siégeant à la Commission nationale de concertation peuvent, s'il est porté à leur connaissance l'existence d'un immeuble ou d'un groupe d'immeubles habité, ne satisfaisant pas aux exigences de décence telles que définies par l'article 6 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 précitée, saisir les organismes et services chargés du paiement de l'aide. Le même droit est reconnu à la direction départementale des affaires sanitaires et sociales.

« Le contrôle des déclarations des demandeurs ou des bénéficiaires de l'allocation de logement est assuré par le personnel assermenté desdits organismes. »

V. - L'article L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation est ainsi rédigé :

« *Art. L. 351-12.*- Les informations nécessaires à l'appréciation des conditions d'ouverture, au maintien des droits et au calcul de l'aide personnalisée au logement, notamment les ressources, peuvent être obtenues par les organismes chargés du paiement de l'aide selon les modalités de l'article L. 114-14 du code de la sécurité sociale.

« La fraude, la fausse déclaration, l'inexactitude ou le caractère incomplet des informations recueillies en application de l'alinéa précédent exposent le demandeur aux sanctions et pénalités prévues aux articles L. 114-13 et L. 114-17 du code de la sécurité sociale.

« Lorsque les informations ne peuvent pas être obtenues dans les conditions prévues au premier alinéa, les allocataires ou les demandeurs les communiquent par déclaration aux dits organismes.

« Sous réserve des dispositions de l'article L. 353-11, le contrôle des déclarations des demandeurs ou des bénéficiaires de l'aide personnalisée au logement est assuré par le personnel assermenté des organismes et des services chargés du paiement de l'aide. Les administrations publiques, notamment par application de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales sont tenues de communiquer à ce personnel toutes les pièces nécessaires à l'exercice de ce contrôle. »

## Exposé des motifs

La mesure vise à permettre aux organismes de protection sociale et plus particulièrement aux caisses d'allocations familiales de recueillir et d'utiliser les informations détenues par les administrations fiscales. Elle constitue une simplification administrative car elle vise à éviter une démarche de l'utilisateur qui n'aura pas à renvoyer aux organismes sociaux des informations déjà fournies aux administrations fiscales. Les textes actuellement en vigueur dans le code de la sécurité sociale n'autorisent les échanges de données que dans le cadre des procédures de contrôle.

Les compléments apportés à l'article L. 114-14 du code de la sécurité sociale viennent préciser expressément la possibilité pour les organismes de protection sociale de demander des informations aux administrations fiscales dans la totalité du champ de leurs missions.

Une prochaine application concernera la transmission aux caisses d'allocations familiales des données sur les revenus par les services fiscaux. En effet, aujourd'hui, plus de 8,5 millions d'allocataires remplissent une déclaration de ressources, tandis que 34,5 millions de déclarations de revenus sont reçues par les services des impôts. Les données collectées sont très proches. La quasi suppression de la déclaration de ressources au profit d'une transmission *a priori* des informations fiscales par les services des impôts aux caisses d'allocations familiales et aux caisses de mutualité sociale agricole sera mise en place dès 2008.

Le I de l'article abroge le dernier alinéa de l'article L. 114-12 car une telle disposition n'est plus en conformité avec le cadre juridique issu de la modification, en 2004, de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. La Commission nationale de l'informatique et des libertés, consultée sur ce point, partage cette analyse, les échanges prévus devant donc s'opérer selon les dispositions de droit commun prévues par la loi du 6 janvier 1978.

## Article 68

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

« *Art. L. 242-1-2.* - Pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale et par dérogation aux dispositions de l'article L. 242-1, les rémunérations qui ont été versées ou qui sont dues à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé au sens de l'article L. 324-10 du code du travail sont, à défaut de preuve contraire, évaluées forfaitairement à six fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 141-11 du même code en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé. Ces rémunérations sont soumises aux dispositions de l'article L. 242-1-1 du présent code.

« Sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code procèdent au recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues au titre des rémunérations évaluées conformément à l'alinéa précédent. »

II. - Après l'article L. 741-10-1 du code rural, il est inséré un article L. 741-10-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 741-10-2.* - Pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale et par dérogation aux dispositions de l'article L. 741-10, les rémunérations qui ont été versées ou qui sont dues à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé au sens de l'article L. 324-10 du code du travail sont, à défaut de preuve contraire, évaluées forfaitairement à six fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 141-11 du même code en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé. Ces rémunérations sont soumises aux dispositions de l'article L. 741-10-1 du présent code.

« Sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis, les organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 723-3 du présent code procèdent au recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues au titre des rémunérations évaluées conformément à l'alinéa précédent. »

III. - Après l'article L. 324-12 du code du travail, il est inséré un article L. 324-12-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 324-12-1.* - Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 324-12 communiquent leurs procès-verbaux de travail dissimulé aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L.752-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-3 du code rural qui procèdent à la mise en recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues sur la base des informations contenues dans lesdits procès-verbaux. »

IV. - Après l'article L. 8271-8 du code du travail, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative), il est inséré un article L. 8271-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 8271-8-1.*- Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-7 communiquent leurs procès-verbaux de travail dissimulé aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L.752-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-3 du code rural qui procèdent à la mise en recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues sur la base des informations contenues dans lesdits procès-verbaux. »

V. - Les dispositions du IV entrent en vigueur en même temps que celles de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative).

### **Exposé des motifs**

La lutte contre le travail dissimulé vise à soumettre l'ensemble des employeurs à des obligations sociales identiques et à rétablir les droits sociaux des salariés. Le redressement de cotisations et contributions de sécurité sociale assis sur les rémunérations non déclarées permet d'atteindre ces objectifs.

Les deux mesures proposées donnent aux inspecteurs du recouvrement et aux agents de contrôle des caisses de mutualité sociale agricole des moyens supplémentaires pour accomplir leur double mission de lutte contre le travail dissimulé et d'évaluation des cotisations et contributions éludées.

Suivant une préconisation du rapport publié en mars 2007 par le Conseil des prélèvements obligatoires et le souhait du Président de la République de mettre en œuvre des peines plancher forfaitaires en matière de fraude, **la première mesure** instaure un redressement forfaitaire correspondant à six mois de salaire minimum lorsqu'aucun élément ne permet de connaître la rémunération versée au salarié en contre partie de l'activité non déclarée par son employeur.

Dans la plupart des cas de travail dissimulé, la taxation forfaitaire réglementaire sur la base de l'article R. 242-5 du code de la sécurité sociale ne peut être utilisée. En effet, ce texte prévoit que le montant des cotisations peut être fixé forfaitairement lorsque la comptabilité de l'employeur ne permet pas d'établir le montant exact des rémunérations et le calcul des cotisations dues, mais il précise que ce forfait tient compte de la durée de l'emploi, déterminée d'après les déclarations des intéressés ou par tout autre moyen de preuve. Or c'est précisément cette information qui est difficile à obtenir en cas de travail illégal. D'autre part, la mise en œuvre de ces dispositions donne lieu à de multiples contentieux liés soit à la nécessité pour l'organisme de prouver que la comptabilité ne permettait pas de faire ressortir les rémunérations exactes devant servir de base au calcul de cotisation, soit aux méthodes retenues par les organismes de recouvrement pour définir le montant des cotisations dues, lorsque la comptabilité de l'employeur ne le permet pas.

La mesure proposée renverse donc la charge de la preuve et offre des critères objectifs au redressement (procès verbal de travail dissimulé et application d'une règle de six fois la rémunération mensuelle minimale, soit la création d'une assiette détachée de la rémunération effectivement versée au salarié, par dérogation à l'article L. 242-1). Ainsi, pour faire obstacle à l'application du redressement forfaitaire, l'employeur devra prouver la durée et la portée réelle du délit.

La mesure est gage d'efficacité dans l'action de recouvrement et la lutte contre le travail illégal.

**La seconde mesure** permet aux URSSAF et aux caisses de mutualité sociale agricole de mettre en recouvrement de façon systématique les redressements consécutifs au constat du délit de travail dissimulé, quel que soit le service verbalisateur.

Actuellement, le taux d'exploitation par les URSSAF des procès verbaux des autres services de contrôle reste faible et varie considérablement d'une URSSAF à l'autre. Ces variations dépendent notamment de la qualité des relations établies au niveau local entre les agents habilités à lutter contre le travail illégal et les organismes de sécurité sociale.

En effet, l'article L. 325-5 du code du travail ne prévoit la transmission d'information par les services habilités à lutter contre le travail illégal aux organismes de sécurité sociale que si ces derniers en font la demande écrite.

En outre, la base juridique des redressements effectués par un organisme de recouvrement sur le fondement des informations figurant dans des procès-verbaux établi par un autre corps de contrôle est fragile : elle ne repose que sur un arrêt de la Cour de cassation portant sur une enquête réalisée conjointement par la gendarmerie et l'URSSAF de Beauvais, le redressement ayant été opéré dans le cas d'espèce au vu des éléments recueillis par l'agent de contrôle.

La mesure proposée a donc pour but de systématiser l'envoi des procès verbaux de travail dissimulé aux URSSAF ou aux caisses de la mutualité sociale agricole, d'assurer une base juridique suffisante à la mise en recouvrement des cotisations et contributions de sécurité sociale sur la base des informations contenues dans ces procès verbaux et d'harmoniser les pratiques des organismes de recouvrement. Le déclenchement d'un contrôle comptable complémentaire ne devra plus intervenir que si les éléments figurant dans les procès verbaux ne permettent pas de chiffrer les cotisations éludées.

## Article 69

Le chapitre IV *ter* du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par trois articles ainsi rédigés :

« *Art. L. 114-19.* - Le droit de communication permet d'obtenir, sans que s'y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires :

« *a)* Aux agents des organismes de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l'exactitude des déclarations souscrites ou l'authenticité des pièces produites en vue de l'attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes ;

« *b)* Aux agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural pour accomplir leurs missions de contrôle définies aux mêmes articles et leur mission de lutte contre le travail dissimulé définie à l'article L. 324-12 du code du travail.

« Le droit prévu au premier alinéa s'exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents et peut s'accompagner de la prise immédiate d'extraits et de copies.

« *Art. L. 114-20.* - Sans préjudice des autres dispositions législatives applicables en matière d'échanges d'informations, le droit de communication défini à l'article L. 114-19 est exercé dans les conditions prévues et auprès des personnes mentionnées à la section 1 du chapitre II du titre II du livre des procédures fiscales à l'exception des personnes mentionnées aux articles L. 82 C, L. 83 A, L. 83 B, L. 84, L. 84 A, L. 91, L. 95 et L. 96 B à L. 96 F.

« *Art. L. 114-21.* - L'organisme ayant utilisé le droit de communication en application de l'article L. 114-19 est tenu d'informer la personne physique ou morale à l'encontre de laquelle est prise la décision de supprimer le service d'une prestation ou de mettre des sommes en recouvrement de la teneur et de l'origine des informations et documents obtenus auprès de tiers sur lesquels il s'est fondé pour prendre cette décision. Il communique, avant la mise en recouvrement ou la suppression du service de la prestation, une copie des documents susmentionnés à la personne qui en fait la demande. »

### Exposé des motifs

Aujourd'hui, un grand nombre de prestations et de prélèvements sociaux sont établis ou servis sur la base de déclarations souscrites par des employeurs ou des assurés sociaux. Or, les organismes de sécurité sociale apparaissent parfois démunis pour contrôler le travail dissimulé ou les déclarations des assurés relatives à certaines conditions d'ouverture de droits aux prestations (ressources, résidence, isolement...). Il est donc important de disposer des moyens efficaces de vérifier la sincérité de ces déclarations.

Les travaux menés dans le cadre du comité national de lutte contre la fraude en matière de protection sociale conduisent à proposer d'étendre le champ des organismes auprès desquels les organismes de sécurité sociale disposent d'un droit de communication.

L'objectif de cette proposition est de permettre aux organismes de sécurité sociale de disposer de prérogatives comparables à celles dévolues aux services fiscaux qui disposent d'une habilitation législative leur permettant d'obtenir directement des informations notamment des établissements bancaires, des fournisseurs d'énergie ou des opérateurs de téléphonie.

**La mesure** vise les agents de contrôle des caisses des organismes de sécurité sociale.

Le recueil de ces informations, sans solliciter l'assuré, sera utile pour recouper et vérifier l'adresse ou les ressources déclarées ou contrôler si l'entreprise exerce ou non une activité.

Les conditions de la mise en œuvre de la communication des données seront définies afin notamment de l'organiser au mieux entre les différents réseaux d'organismes concernés et de garantir la stricte confidentialité des échanges.

A titre d'illustration, les informations qu'ils pourront recueillir auprès des fournisseurs d'accès à Internet leur permettront d'identifier et de localiser le responsable d'une activité de commerce électronique non déclarée.

**Article 70**

I. - L'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au I, sont ajoutés les mots : « ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

2° Au III, après les mots : « bénéficiaires de l'assurance maladie » sont insérés les mots : « , de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, » ;

3° Au III *bis*, sont ajoutés les mots : « ou à prise en charge par l'Etat en application des articles L. 251-2 ou L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

4° Au IV, après les mots : « bénéficiaires de l'assurance maladie, » sont insérés les mots : « de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles, ».

II. - L'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au cinquième alinéa, sont ajoutés les mots : « ou de l'Etat en ce qui concerne les prestations servies en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. » ;

2° Au sixième alinéa, les mots : « l'admission au remboursement » sont remplacés par les mots : « la prise en charge » ;

3° Dans la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après les mots : « l'assuré », sont insérés les mots : « ou le bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles » ;

4° Dans la première phrase du dernier alinéa, après les mots : « tout assuré » sont insérés les mots : « ou bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles ».

III. - L'article L. 315-2-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase, après les mots : « des soins dispensés à un assuré » sont insérés les mots : « ou à un bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles » ;

2° Dans la deuxième phrase, les mots : « l'assuré » sont remplacés par les mots : « l'intéressé » ;

3° Dans la troisième phrase, après les mots : « à l'assuré » sont insérés les mots : « ou au bénéficiaire de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles. »

**Exposé des motifs**

Le service du contrôle médical, acteur médical de la gestion du risque, conseille, accompagne et contrôle les assurés et les professionnels de santé ; il veille également à la bonne application de la réglementation et des pratiques médicales.

L'aide médicale de l'Etat est un dispositif qui comporte des similitudes avec l'assurance maladie : le panier de soins est identique et les prestations sont gérées par le même organisme, la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM). Chaque caisse d'assurance maladie dispose d'un pôle du contrôle médical, constitué de praticiens conseils (médecins, chirurgiens-dentistes, pharmaciens) et de personnel administratif.

L'extension du contrôle médical aux bénéficiaires de l'aide médicale de l'Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l'article L. 254-1 du code de l'action sociale et des familles permettrait de rétablir une certaine équité entre assurés contributifs et bénéficiaires à titre gratuit d'une aide médicale (droit commun ou soins urgents).

Cette mesure constitue la mise en application d'une recommandation préconisée par la mission conjointe de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances d'audit et de modernisation dans son rapport de février 2007 sur la gestion de l'aide médicale de l'Etat. L'objectif poursuivi est d'améliorer l'efficacité de l'aide médicale de l'Etat par un meilleur contrôle de l'ouverture et du renouvellement du droit.

### Article 71

I. - L'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le droit à l'indemnité journalière est subordonné au respect des dispositions de l'article L. 323-6. »

II. - L'article L. 442-5 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« *Art. L. 442-5.* - Les dispositions des articles L. 315-1 et L. 315-2 sont applicables aux accidents du travail. »

### Exposé des motifs

Les obligations des assurés bénéficiant d'indemnités journalières pour accidents du travail ou maladie professionnelle sont actuellement définies par le règlement intérieur modèle des caisses primaires d'assurance maladie. Cette situation crée des distorsions entre les assurés en arrêts de travail pour cause de maladie et ceux en arrêts de travail pour cause d'AT/MP. Pour ces derniers, les heures de sortie ne sont pas limitées et les sanctions sont prononcées par le conseil d'administration.

Le I du présent article propose de renforcer les moyens de contrôle des arrêts de travail AT/MP en les harmonisant avec les dispositions applicables en assurance maladie.

Par ailleurs, le II actualise les dispositions relatives au contrôle médical en AT/MP de façon à rendre opposable aux caisses les avis du contrôle médical.

## Section 7

**Dispositions relatives aux organismes concourant  
au financement des régimes obligatoires****Article 72**

Pour l'année 2008, 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 (FSV)	14,2
Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA)	16,8

**Exposé des motifs**

Le champ des objectifs de dépenses du FSV et du FFIPSA pour l'exercice 2008 est le même que pour l'exercice 2007. Avec la poursuite de la baisse du chômage, les dépenses du FSV seront stables en 2008. Les dépenses du FFIPSA progresseront quant à elles de 1,8 %, sous l'effet de l'augmentation des dépenses d'assurance maladie.

**A N N E X E S**

## ANNEXE A

### RAPPORT DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS SUR L'EXERCICE 2006

**I. - Pour le régime général, l'exercice 2006 fait apparaître un déficit de 8,7 milliards d'euros. Il porte majoritairement sur la branche maladie.**

#### 1° Couverture du déficit de la branche maladie

Pour cette branche, le déficit de 5,9 milliards d'euros a été couvert par un versement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

En effet, l'article 76 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu que la CADES couvrirait :

- les déficits cumulés de la branche maladie au 31 décembre 2003 et le déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 dans la limite globale de 35 milliards d'euros ;
- les déficits prévisionnels des années 2005 et 2006 dans la limite globale de 15 milliards d'euros.

La mise en œuvre de ces dispositions a donc conduit à opérer, trois années successives, des reprises de dette par la CADES :

- la reprise de dette effectuée en 2004, correspondant au déficit prévisionnel cumulé de la CNAM à fin 2004, d'un montant total de 35 milliards d'euros, a donné lieu à quatre versements de la CADES à l'ACOSS, échelonnés entre le 1<sup>er</sup> septembre et 9 décembre 2004 ;

- la reprise de dette effectuée en 2005 s'est élevée à 6,61 milliards d'euros. Ce montant correspond, pour 8,3 milliards d'euros, à la reprise du déficit prévisionnel 2005 et pour - 1,69 milliard d'euros, à une régularisation de la reprise de dette opérée en 2004 (le déficit cumulé réellement constaté à fin 2004 s'étant élevé à 33,31 milliards d'euros au lieu des 35 milliards d'euros initialement prévus). Cette opération s'est traduite par un versement unique en date du 7 octobre 2005.

- en 2006, la reprise de dette a porté sur 5,7 milliards d'euros. Ce montant représente la reprise du déficit prévisionnel 2006 pour 6 milliards d'euros et, pour - 0,3 milliard d'euros, la régularisation de la reprise de dette opérée en 2005 (le déficit réel de cet exercice s'étant élevé à 8 milliards d'euros au lieu du montant de 8,3 milliards d'euros initialement prévu). Il a fait l'objet d'un versement unique effectué le 6 octobre 2006.

Une dernière opération, en 2007, permettra de tenir compte du déficit réellement constaté en 2006. L'ACOSS devrait reverser 64,72 millions d'euros à ce titre à la CADES.

A compter de 2007, la loi ne prévoit pas de nouvelle reprise de déficit de la branche maladie par la CADES.

## **2° Couverture des déficits des branches vieillesse, famille et accidents du travail - maladies professionnelles**

La branche vieillesse du régime général a enregistré en 2006 un déficit de 1,9 milliard d'euros, la branche famille de 0,9 milliard d'euros, et la branche accidents du travail et maladies professionnelles de 0,1 milliard d'euros.

Ces déficits ont été couverts 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, dans la limite du plafond fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale (18,5 milliards pour 2006). Sur l'ensemble de l'année 2006, les charges financières de l'ACOSS, nettes des produits financiers, s'élèvent à 270 millions d'euros.

## **II. - S'agissant des organismes concourant au financement des régimes :**

### **1° Couverture du déficit du Fonds de financement de la protection sociale agricole (FFIPSA) :**

Le résultat du FFIPSA pour l'exercice 2006 est déficitaire de 1,3 milliard d'euros. Compte tenu de son déficit 2005, les déficits cumulés à fin 2006 à 2,6 milliards d'euros auxquels il convient de rajouter le reliquat de la dette du Budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) d'un montant de 0,6 milliard d'euros, inscrit en créance sur l'Etat.

Le financement de ces déficits est 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 (7,1 milliards pour 2006).

### **2° Couverture du déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) :**

Le résultat du FSV pour l'exercice 2006 est déficitaire de 1,3 milliard d'euros.

Le FSV ne disposant pas de réserve et n'ayant pas le droit d'emprunter, le déficit cumulé qui s'élève à 5 milliards d'euros au 31 décembre 2006, est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif.

Le fonds se retrouve largement en position de débiteur vis à vis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS - 5,5 milliards d'euros au 31 décembre 2006) et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (0,1 milliard d'euros à cette même date).

Ces montants sont donc financés in fine par les emprunts de trésorerie de l'ACOSS, dans les mêmes conditions que les déficits propres à la CNAVTS. En 2006, la charge d'intérêt liée aux déficits du FSV représente 160 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

	scénario	
	Bas	haut
Produit intérieur brut en volume	2,5%	3%
Masse salariale du secteur privé	4,4%	5%
Objectif National de dépenses d'assurance maladie (en volume)	2,0%	2,0%
Variante ONDAM (en volume)	1,5%	1,5%
Inflation (hors tabac)	1,6%	1,6%

Les projections présentées dans cette annexe sont construites autour de deux scénarii économiques et en l'absence de toute ressource supplémentaire. Ces deux scénarios reprennent les hypothèses d'évolution du produit intérieur brut (PIB), de la masse salariale et de l'inflation retenues dans les scénarios présentés dans le rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la nation annexé au projet de loi de finances pour 2008.

Les hypothèses retenues pour la progression des dépenses famille et vieillesse sont des évolutions tendanciennes. Les dépenses de prestations en faveur de la famille progressent en volume à un rythme inférieur à 1 % sur la période. Les prestations évoluent moins vite à partir de 2010, la montée en charge des prestations en faveur de l'accueil des jeunes enfants se terminant en 2009. Le rythme de progression des prestations vieillesse en volume diminue très progressivement entre 2008 et 2012 (de 4 % à 3,2 % sur la période). Cette évolution prend en compte les dispositions arrêtées dans la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Elle intègre ainsi l'impact de l'allongement, à partir de 2009, des périodes validées pour obtenir une retraite à taux plein sur les conditions de départs anticipés à partir de 2009. En revanche, elle n'anticipe pas les mesures susceptibles d'être mises en œuvre à la suite du « rendez-vous retraite » de 2008.

A la différence des autres branches, les comptes de la branche maladie sont présentés, non pas avec une évolution tendancielle des dépenses mais avec un objectif national de dépenses d'assurances maladie (ONDAM) d'au plus 2 % en volume par an sur la période, conformément à la stratégie pluriannuelle de finances publiques présentée par le Gouvernement lors du débat d'orientation budgétaire.

Cet objectif est ambitieux et demandera des efforts à l'ensemble des acteurs du système de santé. Il est cependant réaliste. En effet, les différences de productivité entre établissements de santé, les écarts de consommation de soins entre régions, les divergences de pratiques médicales ou de consommation avec des pays comparables à la France montrent que des gisements d'économies existent. Ces gains d'efficacité peuvent être exploités, tout en continuant d'assurer un service de santé de qualité pour l'ensemble des Français. Ceci nécessite des modifications des comportements et appelle l'introduction de nouveaux mécanismes de régulation, qui devront être négociés et concertés avec l'ensemble des acteurs. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 constituera une première étape dans cette stratégie. Le scénario alternatif basé sur un ONDAM fixé à 1,5 % en volume suppose un effort complémentaire de régulation, mais permet de dégager des économies substantielles par rapport au scénario précédent à l'horizon 2012.

Ces différents scénarii montrent la nécessité d'approfondir les réformes mises en œuvre jusqu'ici. Concernant l'assurance maladie, un débat sur le financement de la santé doit s'ouvrir pour aboutir au premier semestre 2008. Le rendez-vous sur les retraites prévu par la loi du 21 août 2003 permettra également de définir les conditions d'un équilibre pérenne de l'assurance vieillesse.

Dans le scénario bas, le déficit du régime général passerait de 8,9 milliards en 2008 à 7,6 milliards d'euros en 2012. L'amélioration très sensible de la situation financière de la branche famille, et, dans une moindre mesure, de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, vient compenser la dégradation de la situation financière de la branche vieillesse. Si la branche famille passe d'une situation équilibrée à un excédent de près de 5 milliards d'euros sur la période, la branche vieillesse passe d'une situation déficitaire de 5,1 milliards en 2008 à un déficit de plus de 10 milliards d'euros.

Dans ce scénario bas, avec des dépenses en croissance de 2% en volume, le déficit de la branche maladie du régime général en 2012 serait ramené à 3 milliards d'euros. Avec un effort accru de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, la situation financière de l'assurance maladie s'améliorerait tout au long de la période pour atteindre l'équilibre en 2012. Dans ce dernier cas le déficit du régime général est ramené à moins de 5 milliards d'euros en 2012.

Dans le scénario haut où le PIB s'accroîtrait de 3 % par an, le régime général bénéficie d'un surcroît de recettes de près de 6 milliards d'euros à l'horizon 2012, complément qui ne permet cependant pas de retrouver spontanément l'équilibre. Le solde du régime général qui s'améliore à partir de 2010 de 2 milliards par an, serait déficitaire de 1,7 milliard en 2012. Par rapport au scénario précédent, la branche maladie serait au voisinage de l'équilibre en 2012. En revanche, ces hypothèses plus favorables sont insuffisantes pour renverser la tendance à la dégradation des comptes financiers de la branche vieillesse.

L'obtention de l'équilibre du régime général est possible dans le scénario haut associé à un effort complémentaire de maîtrise des dépenses d'assurance maladie (ONDAM à 1,5 % en volume).

Conformément au scénario retenu lors de la réforme des retraites de 2003, la réduction du besoin de financement de l'assurance vieillesse peut être obtenue sans augmentation des prélèvements obligatoires, en raison des excédents potentiels des autres branches ou régimes de protection sociale.

Dans les deux scénarios, le FSV retrouve une situation excédentaire en 2008 (0,6 Md€). Les excédents du fonds s'accroissent sur la période, celui-ci bénéficiant de la baisse du chômage. En revanche, avant toute mesure nouvelle de redressement, la situation financière du FFIPSA se dégrade de l'ordre de 300 M€ par an.

La plupart des autres régimes de base bénéficient de mécanismes d'ajustement qui équilibrent leur solde (contribution d'équilibre de l'Etat ou du régime général, impôt affectés, cotisations fictives...) ; seuls la CNRACL et le régime des IEG voient leur situation excédentaire se dégrader progressivement sur la période.

**Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2007-2012**  
- scénario économique bas -

**Régime général**

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Maladie</b>							
Recettes	137,5	143,5	150,9	157,8	164,8	172,2	179,8
Dépenses	143,4	149,7	155,2	162,6	169,1	175,9	182,9
<b>Solde</b>	<b>-5,9</b>	<b>-6,2</b>	<b>-4,3</b>	<b>-4,8</b>	<b>-4,3</b>	<b>-3,7</b>	<b>-3,1</b>
<b>Variante avec un ONDAM à 1,5% en volume à partir de 2009</b>							
<b>Solde</b>	<b>-5,9</b>	<b>-6,2</b>	<b>-4,3</b>	<b>-4,2</b>	<b>-2,9</b>	<b>-1,6</b>	<b>-0,1</b>
<b>AT/MP</b>							
Recettes	9,8	10,0	10,8	11,3	11,8	12,3	12,8
Dépenses	9,9	10,4	10,5	10,9	11,2	11,5	11,9
<b>Solde</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,4</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>0,9</b>
<b>Famille</b>							
Recettes	52,5	54,3	56,7	58,8	61,2	63,8	66,5
Dépenses	53,4	54,8	56,4	57,3	58,5	59,9	61,5
<b>Solde</b>	<b>-0,9</b>	<b>-0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>1,5</b>	<b>2,7</b>	<b>3,9</b>	<b>5,0</b>
<b>Vieillesse</b>							
Recettes	83,0	85,4	89,2	92,7	96,4	100,2	104,1
Dépenses	84,8	90,0	94,3	99,0	103,8	109,1	114,4
<b>Solde</b>	<b>-1,9</b>	<b>-4,6</b>	<b>-5,1</b>	<b>-6,3</b>	<b>-7,4</b>	<b>-8,9</b>	<b>-10,3</b>
<b>Toutes branches consolidé</b>							
Recettes	277,8	288,0	302,3	315,2	328,7	342,6	357,2
Dépenses	286,6	299,6	311,1	324,3	337,1	350,6	364,8
<b>Solde</b>	<b>-8,7</b>	<b>-11,7</b>	<b>-8,9</b>	<b>-9,2</b>	<b>-8,4</b>	<b>-8,0</b>	<b>-7,6</b>
<b>Variante avec un ONDAM à 1,5% en volume à partir de 2009</b>							
<b>Solde</b>	<b>-8,7</b>	<b>-11,7</b>	<b>-8,9</b>	<b>-8,5</b>	<b>-7,0</b>	<b>-5,8</b>	<b>-4,5</b>

**Ensemble des régimes obligatoires de base**

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Maladie</b>							
Recettes	160,1	166,8	175,3	182,7	190,5	198,7	207,2
Dépenses	166,0	173,4	179,6	187,7	195,0	202,6	210,5
<b>Solde</b>	<b>-5,9</b>	<b>-6,6</b>	<b>-4,2</b>	<b>-5,0</b>	<b>-4,5</b>	<b>-3,9</b>	<b>-3,3</b>
<b>AT/MP</b>							
Recettes	11,2	11,3	12,2	12,7	13,2	13,7	14,2
Dépenses	11,3	11,6	11,8	12,2	12,5	12,9	13,2
<b>Solde</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,6</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>
<b>Famille</b>							
Recettes	52,9	54,7	57,1	59,3	61,7	64,3	67,0
Dépenses	53,7	55,2	56,8	57,7	58,9	60,3	61,9
<b>Solde</b>	<b>-0,8</b>	<b>-0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>1,6</b>	<b>2,8</b>	<b>4,0</b>	<b>5,1</b>
<b>Vieillesse</b>							
Recettes	162,2	168,0	175,6	180,5	186,4	192,0	197,9
Dépenses	163,2	172,1	179,7	186,7	194,1	201,3	208,7
<b>Solde</b>	<b>-1,0</b>	<b>-4,0</b>	<b>-4,1</b>	<b>-6,2</b>	<b>-7,7</b>	<b>-9,4</b>	<b>-10,9</b>
<b>Toutes branches consolidé</b>							
Recettes	381,4	395,5	420,2	435,2	451,8	468,6	486,2
Dépenses	389,2	406,9	427,9	444,4	460,5	477,1	494,4
<b>Solde</b>	<b>-7,8</b>	<b>-11,4</b>	<b>-7,7</b>	<b>-9,1</b>	<b>-8,7</b>	<b>-8,5</b>	<b>-8,2</b>

**Fonds de solidarité vieillesse**

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes	13,5	14,0	14,8	14,9	15,5	16,2	16,8
Dépenses	14,7	14,2	14,2	14,2	14,5	14,7	15,0
<b>Solde</b>	<b>-1,3</b>	<b>-0,3</b>	<b>0,6</b>	<b>0,7</b>	<b>1,1</b>	<b>1,4</b>	<b>1,8</b>

**Fonds de financement des prestations sociales agricoles**

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes	15,0	14,2	14,2	14,1	13,9	13,8	13,6
Dépenses	16,3	16,5	16,8	16,9	17,1	17,2	17,4
<b>Solde</b>	<b>-1,3</b>	<b>-2,3</b>	<b>-2,7</b>	<b>-2,8</b>	<b>-3,1</b>	<b>-3,4</b>	<b>-3,8</b>



**Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2007-2012**  
- scénario économique haut -

**Régime général**

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Maladie</b>							
Recettes	137,5	143,5	150,9	158,4	166,1	174,2	182,6
Dépenses	143,4	149,7	155,2	162,6	169,1	175,8	182,8
<b>Solde</b>	<b>-5,9</b>	<b>-6,2</b>	<b>-4,3</b>	<b>-4,2</b>	<b>-3,0</b>	<b>-1,6</b>	<b>-0,1</b>
<b>Variante avec un ONDAM à 1,5% en volume à partir de 2009</b>							
<b>Solde</b>	<b>-5,9</b>	<b>-6,2</b>	<b>-4,3</b>	<b>-3,5</b>	<b>-1,6</b>	<b>0,6</b>	<b>2,9</b>
<b>AT/MP</b>							
Recettes	9,8	10,0	10,8	11,3	11,9	12,5	13,1
Dépenses	9,9	10,4	10,5	10,9	11,2	11,5	11,9
<b>Solde</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,4</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,7</b>	<b>0,9</b>	<b>1,2</b>
<b>Famille</b>							
Recettes	52,5	54,3	56,7	59,0	61,7	64,5	67,6
Dépenses	53,4	54,8	56,4	57,3	58,5	59,9	61,5
<b>Solde</b>	<b>-0,9</b>	<b>-0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>1,7</b>	<b>3,2</b>	<b>4,6</b>	<b>6,1</b>
<b>Vieillesse</b>							
Recettes	83,0	85,4	89,2	93,0	97,1	101,2	105,5
Dépenses	84,8	90,0	94,3	99,0	103,8	109,0	114,2
<b>Solde</b>	<b>-1,9</b>	<b>-4,6</b>	<b>-5,1</b>	<b>-6,0</b>	<b>-6,7</b>	<b>-7,8</b>	<b>-8,7</b>
<b>Toutes branches consolidé</b>							
Recettes	277,8	288,0	302,3	316,4	331,2	346,6	362,8
Dépenses	286,6	299,6	311,1	324,3	337,0	350,5	364,5
<b>Solde</b>	<b>-8,7</b>	<b>-11,7</b>	<b>-8,9</b>	<b>-7,9</b>	<b>-5,8</b>	<b>-3,8</b>	<b>-1,6</b>
<b>Variante avec un ONDAM à 1,5% en volume à partir de 2009</b>							
<b>Solde</b>	<b>-8,7</b>	<b>-11,7</b>	<b>-8,9</b>	<b>-7,3</b>	<b>-4,4</b>	<b>-1,7</b>	<b>1,4</b>

**Ensemble des régimes obligatoires de base**

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
<b>Maladie</b>							
Recettes	160,1	166,8	175,3	183,4	191,8	200,7	210,0
Dépenses	166,0	173,4	179,6	187,7	195,0	202,5	210,3
<b>Solde</b>	<b>-5,9</b>	<b>-6,6</b>	<b>-4,2</b>	<b>-4,4</b>	<b>-3,1</b>	<b>-1,8</b>	<b>-0,3</b>
<b>AT/MP</b>							
Recettes	11,2	11,3	12,2	12,7	13,3	13,9	14,5
Dépenses	11,3	11,6	11,8	12,2	12,5	12,9	13,2
<b>Solde</b>	<b>-0,1</b>	<b>-0,3</b>	<b>0,3</b>	<b>0,5</b>	<b>0,8</b>	<b>1,0</b>	<b>1,3</b>
<b>Famille</b>							
Recettes	52,9	54,7	57,1	59,5	62,2	65,0	68,0
Dépenses	53,7	55,2	56,8	57,7	58,9	60,3	61,9
<b>Solde</b>	<b>-0,8</b>	<b>-0,5</b>	<b>0,3</b>	<b>1,8</b>	<b>3,3</b>	<b>4,7</b>	<b>6,1</b>
<b>Vieillesse</b>							
Recettes	162,2	168,0	175,6	180,9	187,0	193,0	199,3
Dépenses	163,2	172,1	179,7	186,7	194,0	201,3	208,6
<b>Solde</b>	<b>-1,0</b>	<b>-4,0</b>	<b>-4,1</b>	<b>-5,9</b>	<b>-7,0</b>	<b>-8,3</b>	<b>-9,3</b>
<b>Toutes branches consolidé</b>							
Recettes	381,4	395,5	420,2	436,4	454,3	472,7	491,8
Dépenses	389,2	406,9	427,9	444,3	460,4	476,9	494,0
<b>Solde</b>	<b>-7,8</b>	<b>-11,4</b>	<b>-7,7</b>	<b>-7,9</b>	<b>-6,1</b>	<b>-4,3</b>	<b>-2,2</b>

**Fonds de solidarité vieillesse**

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes	13,5	14,0	14,8	15,0	15,6	16,3	17,1
Dépenses	14,7	14,2	14,2	14,1	14,3	14,4	14,6
<b>Solde</b>	<b>-1,3</b>	<b>-0,3</b>	<b>0,6</b>	<b>0,9</b>	<b>1,4</b>	<b>1,9</b>	<b>2,4</b>

**Fonds de financement des prestations sociales agricoles**

(en milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes	15,0	14,2	14,2	14,1	14,0	13,8	13,7
Dépenses	16,3	16,5	16,8	16,9	17,1	17,2	17,4
<b>Solde</b>	<b>-1,3</b>	<b>-2,3</b>	<b>-2,7</b>	<b>-2,7</b>	<b>-3,1</b>	<b>-3,4</b>	<b>-3,7</b>

## ANNEXE C

**ETAT 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 2006**

(en milliards d'euros)

	<b>Maladie</b>	<b>Vieillesse</b>	<b>Famille</b>	<b>AT-MP</b>	<b>Total par catégorie</b>
Cotisations effectives	69,8	89,7	30,4	8,1	198,0
Cotisations fictives	1,1	33,3	0,1	0,3	34,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,5	1,3	0,6	0,3	3,6
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0	0	0,3	0	0
Autres contributions publiques	1,2	6,2	6,3	0,1	13,8
Impôts et taxes affectées	72,0	11,5	14,6	1,7	99,9
Dont CSG	53,8	0	11,1	0	64,9
Transferts reçus	11,8	19,3	0	0,1	26,4
Revenus des capitaux	0,1	0,2	0,1	0	0,4
Autres ressources	2,7	0,6	0,6	0,6	4,5
<b>Total par branche</b>	<b>160,1</b>	<b>162,1</b>	<b>52,9</b>	<b>11,2</b>	<b>381,4</b>

**Exercice 2007 (Prévisions)**

(en milliards d'euros)

	<b>Maladie</b>	<b>Vieillesse</b>	<b>Famille</b>	<b>AT-MP</b>	<b>Total par catégorie</b>
Cotisations effectives	72,2	92,5	31,3	8,1	204,1
Cotisations fictives	1,1	34,7	0,1	0,3	36,3
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,8	1,4	0,7	0,3	4,2
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0	0	0,3	0	0
Autres contributions publiques	1,6	7,1	6,5	0,1	15,3
Impôts et taxes affectées	74,4	12,7	15,4	1,9	104,4
Dont CSG	55,8	0	11,5	0	67,3
Transferts reçus	13,0	18,8	0	0,1	26,9
Revenus des capitaux	0	0,2	0	0	0,3
Autres ressources	2,7	0,6	0,3	0,5	4,0
<b>Total par branche</b>	<b>166,8</b>	<b>168,0</b>	<b>54,7</b>	<b>11,3</b>	<b>395,5</b>

**Exercice 2008 (prévisions)**

(en milliards d'euros)

	<b>Maladie</b>	<b>Vieillesse</b>	<b>Famille</b>	<b>AT-MP</b>	<b>Total par catégorie</b>
Cotisations effectives	75,1	94,9	32,7	8,9	211,5
Cotisations fictives	1,2	36,1	0,1	0,3	37,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	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	1,8	7,5	6,6	0,1	16,0
Impôts et taxes affectées	78,4	15,8	16,3	2,1	112,6
Dont CSG	58,7	0	12,1	0	70,8
Transferts reçus	14,5	18,9	0,0	0,1	28,4
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,3
Autres ressources	2,5	0,7	0,3	0,4	3,9
<b>Total par branche</b>	<b>175,3</b>	<b>175,6</b>	<b>57,1</b>	<b>12,2</b>	<b>414,8</b>

**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 2006

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	62,3	58,0	30,1	7,4	157,9
Cotisations fictives	0	0	0	0	0
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,4	1,1	0,6	0,3	3,3
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,2	0	0,3	0	0,2
Autres contributions publiques	0,4	0,1	6,3	0	6,8
Impôts et taxes affectées	60,0	6,1	14,6	1,6	82,4
Dont CSG	47,1	0	11,1	0	58,2
Transferts reçus	10,7	17,4	0	0,1	23,4
Revenus des capitaux	0	0	0,1	0	0,1
Autres ressources	2,5	0,2	0,6	0,4	3,7
<b>Total par branche</b>	<b>137,5</b>	<b>83,0</b>	<b>52,5</b>	<b>9,8</b>	<b>277,8</b>

## Exercice 2007 (Prévisions)

(en milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	64,3	59,6	31,1	7,4	162,4
Cotisations fictives	0	0	0	0	0
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,6	1,3	0,7	0,3	3,9
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,2	0	0,3	0	0,3
Autres contributions publiques	0,4	0,1	6,5	0	7,0
Impôts et taxes affectées	62,5	7,4	15,4	1,8	87,2
Dont CSG	49,0	0	11,5	0	60,4
Transferts reçus	12,0	16,8	0	0,1	23,9
Revenus des capitaux	0	0	0	0	0
Autres ressources	2,5	0,1	0,3	0,4	3,3
<b>Total par branche</b>	<b>143,5</b>	<b>85,4</b>	<b>54,3</b>	<b>10,0</b>	<b>288,0</b>

**Exercice 2008 (prévisions)**

(en milliards d'euros)

	<b>Maladie</b>	<b>Vieillesse</b>	<b>Famille</b>	<b>AT-MP</b>	<b>Total par catégorie</b>
Cotisations effectives	67,1	60,5	32,4	8,1	168,1
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	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	0,3
Autres contributions publiques	0,4	0,1	6,6	0,0	7,2
Impôts et taxes affectées	66,0	10,3	16,3	1,9	94,6
Dont CSG	51,6	0	12,1	0	63,7
Transferts reçus	13,1	16,8	0,0	0,1	25,0
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources	2,4	0,1	0,3	0,3	3,1
<b>Total par branche</b>	150,9	89,2	56,7	10,8	302,3

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

### 3° Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale

#### Exercice 2006

(en milliards d'euros)

	FSV	FFIPSA
Cotisations effectives	0	1,7
Cotisations fictives	0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0	0,0
Autres contributions publiques	0	0,0
Impôts et taxes affectées	11,3	6,5
Dont CSG	10,5	0,9
Transferts reçus	2,2	6,5
Revenus des capitaux	0	0,0
Autres ressources	0	0,3
<b>Total par organisme</b>	<b>13,5</b>	<b>15,0</b>

#### Exercice 2007 (Prévisions)

(en milliards d'euros)

	FSV	FFIPSA
Cotisations effectives	0	1,7
Cotisations fictives	0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0	0,0
Autres contributions publiques	0	0,0
Impôts et taxes affectées	11,6	6,0
Dont CSG	10,9	1,0
Transferts reçus	2,3	6,3
Revenus des capitaux	0	0,0
Autres ressources	0	0,2
<b>Total par organisme</b>	<b>14,0</b>	<b>14,2</b>

#### Exercice 2008 (prévisions)

(en milliards d'euros)

	FSV	FFIPSA
Cotisations effectives	0	1,7
Cotisations fictives	0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0	0,0
Autres contributions publiques	0	0,0
Impôts et taxes affectées	12,4	6,0
Dont CSG	11,5	1,0
Transferts reçus	2,4	6,3
Revenus des capitaux	0	0,0
Autres ressources	0	0,2
<b>Total par organisme</b>	<b>14,8</b>	<b>14,2</b>