

RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

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

**TEXTE SOUMIS A LA DELIBERATION
DU CONSEIL DES MINISTRES**

NOR : BCFX0823210L/Bleue-1

Projet de loi

de financement de la sécurité sociale pour 2009

PREMIERE PARTIE
Dispositions relatives à l'exercice 2007

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2007, sont approuvés :

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

	(en milliards d'euros)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	167,6	172,7	-5,0
Vieillesse	169,0	172,9	-3,9
Famille	55,1	54,9	0,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,7	12,0	-0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	398,3	407,4	-9,1

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

	(en milliards d'euros)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Maladie	144,4	149,0	-4,6
Vieillesse	85,7	90,3	-4,6
Famille	54,6	54,5	0,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,2	10,6	-0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	290,0	299,5	-9,5

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

	(en milliards d'euros)		
	Recettes	Dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	14,5	14,4	0,2
Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA)	14,3	16,5	-2,2

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

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

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

Exposé des motifs

Les chiffres figurant dans les tableaux d'équilibre présentés dans cet article sont établis à partir des comptes de résultat arrêtés par les régimes. Ils sont présentés de manière agrégée et avec une distinction entre recettes et dépenses qui n'est pas identique à celle des produits totaux et des charges totales de ces régimes - les transferts entre branches du régime général sont par exemple neutralisés dans l'agrégat toutes branches, les reprises de provisions sur prestations figurent, en négatif, du côté des dépenses et non du côté des recettes. Les soldes sont en revanche totalement conformes aux résultats de l'exercice arrêtés par chacune des branches.

Les comptes à partir desquels ont été établis les tableaux d'équilibre présentés dans cet article sont ceux qui ont été soumis à certification en vertu de l'article LO 132-3 du code des juridictions financières. Dans son rapport remis au Parlement, la Cour des comptes a certifié l'ensemble des comptes des branches maladie, vieillesse et accidents du travail et maladies professionnelles du régime général. Elle a refusé de certifier les comptes de la branche recouvrement et a indiqué qu'elle n'était pas en mesure d'exprimer une opinion sur les comptes combinés de la branche famille, en raison notamment des limites du contrôle interne.

Le Gouvernement a pris note des observations de la Cour. Il considère néanmoins que celles-ci sont fondées non sur des irrégularités mais essentiellement sur des divergences d'interprétation des normes applicables en ce qui concerne le rattachement ou non à l'exercice 2007 de certains produits non contestés par ailleurs.. Dans ces conditions, le gouvernement estime que les comptes tels qu'ils ont été arrêtés donnent une image fidèle de la situation des régimes et n'a donc pas demandé qu'ils soient rectifiés. Le gouvernement s'est engagé par ailleurs à ce que soient clarifiées pour l'avenir les règles sur lesquelles ont pu naître ces désaccords.

Par rapport aux prévisions figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, le solde du régime général pour 2007 présente une amélioration de 2,2 milliards d'euros. Ceci s'explique par un surcroît de recettes portant à la fois sur les revenus d'activité et les revenus du capital. Les dépenses sont globalement conformes aux prévisions même si elles se sont révélées moins fortes pour les branches maladie et famille et un peu plus élevées pour les branches vieillesse et accidents du travail et maladies professionnelles. Compte tenu de ces deux types d'explication, les branches maladie et famille présentent des soldes respectivement améliorés de 1,6 et 0,7 milliard d'euros, les soldes des autres branches étant quant à eux conformes aux prévisions. Des écarts similaires sont constatés sur les agrégats tous régimes.

Le fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui est très sensible en recettes et en dépenses à la conjoncture, a retrouvé dès 2007 une situation excédentaire (+0,2 milliard d'euros au lieu de -0,3 milliard d'euros dans la prévision). Les recettes affectées au fonds de réserve des retraites (FRR), essentiellement assises sur les revenus du capital, se sont révélées également plus importantes (+0,2 milliard d'euros). Les autres principaux agrégats (recettes et dépenses du fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA), objectif national des dépenses d'assurance maladie, amortissement par la caisse d'amortissement de la dette sociale - CADES) sont conformes aux prévisions présentées dans la loi de financement de la sécurité sociale 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^{er} de la présente loi, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2007.

DEUXIEME PARTIE
Dispositions relatives à l'année 2008

Section 1

Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale**Article 3**

Au titre de l'année 2008, sont 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	175,4	179,4	-3,9
Vieillesse	175,7	181,2	-5,6
Famille	57,3	56,9	0,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,6	12,2	0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	415,6	424,3	-8,7

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

(en milliards d'euros)

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

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes	Prévisions de dépenses	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	15,3	14,4	0,9
Fonds de financement des prestations sociales des non salariés agricoles (FFIPSA)	14,4	17,0	-2,6

Exposé des motifs

Le déficit du régime général devrait être conforme globalement en 2008 au niveau adopté dans la précédente loi de financement de la sécurité sociale (- 8,9 milliards d'euros, soit une amélioration de 0,6 milliard d'euros par rapport à l'année précédente). Malgré la dégradation de la conjoncture économique, qui pèse sur la masse salariale (-0,3 point) et affecte les recettes à hauteur de 600 millions d'euros, d'autres phénomènes sont venus en amélioration du solde, notamment l'effet sur les encaissements de cotisations du passage à la mensualisation pour les travailleurs indépendants.

L'ensemble des branches à l'exception de la vieillesse devrait présenter des résultats légèrement améliorés par rapport à 2007, grâce notamment à des recettes plus élevées. Le surplus de recettes en 2007 a en effet conduit à un niveau également plus fort pour l'année 2008, même si les taux de progression globaux de ces recettes sont un peu plus faibles que dans la prévision. Cette situation se retrouve, de manière amplifiée, sur les chiffres relatifs à l'ensemble des régimes. L'ensemble des branches maladie devraient présenter un solde meilleur qu'en 2007 de 1,1 milliard d'euros, grâce à une dynamique à la fois des recettes et des dépenses plus favorable pour les régimes autres que le régime général, les branches vieillesse un solde plus dégradé de 1,6 milliard d'euros, soit pour l'ensemble des risques une dégradation de 0,5 milliard d'euros par rapport à 2007.

Comme en 2007, la situation du FSV sera meilleure que prévue en 2008 (+ 0,9 milliard d'euros, soit 0,7 milliard d'euros de mieux qu'en 2007 et 0,2 milliard d'euros de plus que la prévision retenue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008) ; celle du FFIPSA sera proche du niveau adopté dans la loi de financement de la sécurité sociale.

Article 4

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

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

Exposé des motifs

L'objectif d'amortissement de la Cades pour 2008 est conforme à celui adopté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Les produits affectés au FRR devraient dépasser de 0,2 milliard d'euros ce qui était prévu initialement. Cette augmentation a pour origine un plus fort rendement des prélèvements sur les revenus du capital.

Section 2
Dispositions relatives aux dépenses

Article 5

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

I. - A l'article 60, le montant : « 301 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 201 millions d'euros ».

II. - A l'article 74, le montant : « 301 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 231 millions d'euros ».

III. - A l'article 78, le montant : « 75 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 55 millions d'euros ».

Exposé des motifs

I. - Un gel de 100 millions d'euros de la dotation du Fonds de modernisation des établissements de santé publics et privés (FMESPP) pour 2008 est proposé. Cette mesure prend acte du décalage croissant entre les montants engagés annuellement par les agences régionales de l'hospitalisation au titre du FMESPP et les montants effectivement décaissés par le gestionnaire du fonds, la caisse des dépôts et consignation. Ce décalage permet d'envisager un gel en 2008 à un niveau ne remettant pas en cause les engagements déjà passés.

II. - Le Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS) comprend, d'une part, une dotation consacrée au financement d'actions à caractère national ou interrégional, et, d'autre part, une dotation réservée au financement d'actions à caractère régional.

Pour 2008, il a été constaté que la dotation consacrée au financement d'actions à caractère national ou interrégional serait sous-consommée du fait de la démarche de revue du projet du dossier médical personnel (DMP) engagée courant 2007, et du délai nécessaire pour la mise en œuvre des expérimentations de gestion d'une enveloppe pour la rémunération de la permanence des soins par les missions régionales de santé.

Lors de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale du 18 juin 2008, les ministres ont annoncé leur volonté d'en tenir compte, en bonne gestion, en ajustant le montant de la dotation de l'assurance maladie au FIQCS. Le présent article propose de la réduire de 70 millions d'euros, montant prévisionnel de la sous-consommation sur la dotation aux actions nationales et interrégionales au titre de la subvention au groupement d'intérêt public « DMP » et la mise en œuvre des expérimentations sur la permanence des soins.

III. - Les engagements budgétaires de l'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) ont été importants en ce qui concerne la montée en charge des stocks de masques destinés à protéger la population en cas de pandémie grippale, ainsi que pour la mise à niveau des produits de santé prévus dans le cadre de la lutte contre les menaces bioterroristes. Néanmoins, ces efforts n'ont pas nécessité d'utiliser l'ensemble des crédits de paiement mis à disposition de l'établissement. Ainsi, afin d'assurer l'équilibre entre les financements respectifs de l'Etat et de l'assurance maladie prévu par l'article L. 3135-4 du code de la santé publique, il est proposé de ramener la dotation de l'assurance maladie de 75 millions d'euros à 55 millions d'euros.

Article 6

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

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

Exposé des motifs

Cet article entérine la revalorisation de 0,8 % dont ont bénéficié au 1^{er} septembre 2008 les pensions de retraite et les prestations légalement indexées sur elles, conformément à l'annonce du Président de la République du 6 mai 2008.

Cette revalorisation exceptionnelle vise à compléter la garantie de pouvoir d'achat des retraités à deux titres.

Elle permet d'abord de corriger l'écart de + 0,2 point sur l'année 2007 entre l'inflation définitivement constatée (1,5 %), et la prévision qui avait été retenue pour la revalorisation des pensions (1,3 %) ; pour le futur, de tels écarts seront désormais évités grâce à la révision des règles d'indexation prévue à l'article 54.

Elle anticipe en outre pour 0,6 point l'ajustement à venir en 2009, compte tenu de l'augmentation du taux d'inflation qui devrait être constatée entre la prévision initiale pour 2008 et le chiffre définitif qui sera établi au début de l'année 2009.

Article 7

I. - Au titre de l'année 2008, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	179,4
Vieillesse	181,2
Famille	56,9
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	424,3

II. - Au titre de l'année 2008, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :

(en milliards d'euros)

	Objectifs de dépenses
Maladie	155,0
Vieillesse	95,6
Famille	56,4
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	312,3

Exposé des motifs

En dépit du dépassement de 750 millions d'euros de l'ONDAM, les objectifs de dépenses de la branche maladie devraient évoluer en 2008 un peu en deçà du niveau retenu dans la loi de financement de la sécurité sociale, notamment en raison du moindre dynamisme des prestations médico-sociales.

A l'inverse les dépenses de l'ensemble des branches vieillesse devraient augmenter de 1,5 milliard d'euros de plus que prévu, sous l'effet notamment du dynamisme des départs anticipés et de la revalorisation des pensions de 0,8 point au 1^{er} septembre. Les autres montants de dépenses devraient être proches des prévisions.

Article 8

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

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

Exposé des motifs

Les dépenses entrant dans le champ de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie devrait se situer 750 millions d'euros au delà de l'objectif initial, soit une progression de 3,3 %. Les principaux écarts portent sur les soins de ville, lesquels devraient progresser de 2,8 % en 2008 (contre 1,9 % dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008).

TROISIEME PARTIE**Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre général pour 2009****Article 9**

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

Section 1
Reprise de dette

Article 10

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

1° A l'article 2, les mots : « II et II *bis* » sont remplacés par les mots : « II, II *bis* et II *ter* » ;

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

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

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

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

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

3° L'article 6 est complété par les dispositions suivantes :

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

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

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

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

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

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

Exposé des motifs

Le déficit comptable cumulé de la branche maladie du régime général pour les exercices 2007 et 2008 devrait atteindre 8,6 milliards d'euros fin 2008 et celui de sa branche vieillesse pour les exercices 2005 à 2008 environ 14 milliards d'euros. Il est rappelé que les déficits de la branche vieillesse antérieurs à 1997 ont été apurés par les reprises de dettes effectuées en 1996 et 1998, les excédents constatés entre 1998 et 2004 ayant quant à eux été affectés au fonds de réserve des retraites. Les déficits des exercices de la branche maladie antérieurs à 2006 ont été repris pour leur part dans le cadre des reprises de 1996 et 1998 puis dans le cadre de la loi relative à l'assurance maladie du 13 août 2004.

Par ailleurs, le déficit cumulé du fonds de solidarité vieillesse (FSV) devrait également atteindre 3,9 milliards d'euros fin 2008 et pèse sur les charges financières de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV).

Cet article prévoit de transférer à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) la charge du financement de la dette de la branche vieillesse et de la branche maladie du régime général et celle du FSV. Ce transfert permettra d'alléger les charges financières du régime général de 1,1 milliard d'euros.

Pour financer ces nouvelles missions de la CADES dans le respect des dispositions de l'article 4 *bis* de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996, auxquelles le Conseil constitutionnel, dans sa décision n° 2005-519 du 29 juillet 2005 a accordé une valeur organique, et selon lesquelles « tout nouveau transfert de dette à la Caisse d'amortissement de la dette sociale est accompagné d'une augmentation des recettes de la caisse permettant de ne pas accroître la durée d'amortissement de la dette sociale », cet article affecte au financement de la caisse la fraction de 0,2 point de la contribution sociale généralisée réduisant ainsi la part de cette même contribution finançant le FSV.

La CADES effectuera cette reprise de dette en trois opérations de versement qui interviendront avant le 31 mars. En conséquence, l'article 29 du présent projet de loi prévoit dans son dernier alinéa que le plafond de ressources non permanentes auxquelles peut recourir l'ACOSS est exceptionnellement fixé au 1^{er} trimestre 2009 à 35 milliards d'euros.

Section 2

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

Article 11

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

1° Le deuxième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

Exposé des motifs

Cet article modifie la clé de répartition du prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement : la part de la CNAV, actuellement de 15 %, passe à 30 % et celle du FSV passe de 20 à 5 %.

Cette répartition vise à faire bénéficier la branche retraite de ressources supplémentaires (400 millions d'euros) consécutivement à la prise en charge par la branche famille en 2009 d'une fraction supplémentaire du coût des majorations de pensions pour les parents de trois enfants et plus (article 70) jusqu'alors financés par le FSV.

Article 12

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

1° L'article L. 241-2 est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Le produit de la cotisation mentionnée à l'article L. 245-7 ; »

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

3° Le *b* de l'article L. 862-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

a) Le *a* est remplacé par les dispositions suivantes :

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

b) Les *c*, *d* et *e* sont abrogés ;

c) Le dernier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

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

b) Au III, le nombre : « 85 » est remplacé par le nombre : « 92,50 ».

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

Exposé des motifs

Le présent article prévoit une augmentation du taux de la taxe sur le chiffre d'affaires « santé » des organismes complémentaires, qui passerait de 2,5 % à 5,9 % en 2009.

Les recettes propres du Fonds CMU-c - part de la contribution sur les alcools de plus de 25° et fraction de 4,34 % des droits de consommation sur les tabacs, dont le transfert figure en projet de loi de finances initiale pour 2009- seront désormais affectées à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) pour tenir compte de l'impact de la consommation de ces produits sur la santé. Par ailleurs, il est prévu que les excédents du Fonds CMU-c soient chaque année affectés à la CNAMTS.

Pour compenser au Fonds CMU-c cette perte de recettes, le produit de l'augmentation de la taxe sur le chiffre d'affaires sera intégralement affecté au Fonds CMU-c, déjà affectataire des 2,5 %.

Ce surcroît de ressources contribue à une clarification du financement de la protection complémentaire à la couverture universelle du risque maladie.

S'agissant de la protection maladie complémentaire, la CMU-c et l'aide à la complémentaire santé (ACS), qui est aujourd'hui financée par les régimes d'assurance maladie obligatoire, seraient ainsi financés par le seul Fonds CMU-c alimenté par un prélèvement portant sur le chiffre d'affaires du secteur des organismes complémentaires maladie. La CNAMTS de son côté se consacrerait à son rôle fondamental d'assurer et de financer la protection maladie de base.

L'article prévoit enfin une revalorisation, pour tous les organismes gestionnaires, du forfait sur la base duquel les dépenses de CMU-c sont compensées par le Fonds CMU-c : cette augmentation de 7,5 €par bénéficiaire et par trimestre, soit 30 €par an, permettra de mieux prendre en compte la dépense effective supportée par les gestionnaires.

Article 13

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

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

*« Section 9
« Forfait social*

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

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

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

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

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

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

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

2° L'article L. 241-2 est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° Le produit de la contribution mentionnée à l'article L. 137-15. »

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

Exposé des motifs

Les dispositifs exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale sont regroupés sous le vocable de « niches sociales ». Divers rapports, notamment celui de la mission d'information commune sur les exonérations de cotisation sociales, rédigé à l'initiative conjointe de la commission des finances et de la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale, ont mis en évidence le fait que le prélèvement social n'est pas adapté à ces formes particulières de rémunération. En particulier, le rapport parlementaire insiste sur le fait qu'il convient de « réexaminer le juste degré de contribution de l'ensemble des revenus perçus dans notre pays au financement solidaire du socle de la protection sociale » et propose la création d'une contribution sur ces dispositifs.

Le présent article de loi met en œuvre cette recommandation, avec la création d'une contribution, dite forfait social, à la charge des employeurs. D'un taux très modéré (2 %), elle sera affectée à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette contribution s'appliquera à des éléments de rémunération qui sont à la fois exclus de l'assiette des cotisations de sécurité sociale et assujettis à la contribution sociale généralisée (CSG).

Il s'agit :

- des sommes versées au titre de l'intéressement, du supplément d'intéressement et de l'intéressement de projet ;
- des sommes versées au titre de la participation et du supplément de réserve spéciale de participation ;
- des abondements de l'employeur aux plans d'épargne d'entreprise (PEE et PERCO) ;
- des contributions des employeurs au financement des régimes de retraite supplémentaire.

Elle ne s'appliquera cependant pas :

- aux contributions des employeurs au financement de prestations complémentaires de prévoyance, déjà assujetties à une contribution de 8 % (article L. 137-1 du code de la sécurité sociale) ;
- aux attributions de stock options et d'actions gratuites, que la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a assujetties à une contribution de 10 % (article L. 137-13 du même code) ;
- aux indemnités versées en cas de rupture du contrat de travail ;
- aux contributions des employeurs aux chèques vacances dans les entreprises de moins de cinquante salariés. En retenant les éléments de rémunération à la fois exonérés de cotisations de sécurité sociale et assujettis à la CSG, la réforme exclut de son champ les titres de paiement : chèques restaurant, chèque emplois service universel (CESU) préfinancé, chèques vacances. Cette dernière catégorie connaît toutefois une particularité, les contributions des employeurs aux chèques vacances dans les entreprises de moins de cinquante salariés étant assujetties à la CSG. Il est donc proposé, par souci de cohérence et d'équité, de ne pas les assujettir au forfait social.

Article 14

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

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

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

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

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

2° L'article L. 245-5-1 A est remplacé par les dispositions suivantes :

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

3° Le premier alinéa de l'article L. 245-5-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

4° Au troisième alinéa de l'article L. 245-6, le taux : « 0,6 % » est remplacé par le taux : « 1 % ».

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

III. - Le 1° du I est applicable à compter du 1^{er} janvier 2010. Le 4° du I est applicable pour la contribution due au titre du chiffre d'affaires réalisé à partir du 1^{er} janvier 2009.

Exposé des motifs

I. - La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué une contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables (article L. 138-10 et suivants du code de la sécurité sociale), représentant leur participation à la régulation des dépenses de l'assurance maladie.

Les entreprises sont exonérées de ce dispositif quand elles signent une convention avec le Comité économique des produits de santé. Elles doivent alors accepter certaines baisses de prix et payer des remises quantitatives qui sont globalement égales au montant théorique de la clause de sauvegarde. Des compensations sont opérées entre certaines baisses de prix et le montant des remises dues. Les conventions prévoient des exemptions de remises par agrégats pharmaco-thérapeutiques par exemple pour les médicaments pédiatriques ou pour les médicaments s'étant vu reconnaître une amélioration du service médical rendu) à l'occasion de leur inscription au remboursement.

L'assiette de la contribution est toujours collective. Elle consiste en la part du chiffre d'affaires des médicaments remboursables en ville de l'ensemble des entreprises du secteur qui dépasse un certain seuil déterminé en appliquant le taux de croissance cible, taux K, au chiffre d'affaires de l'année précédente. Sont exonérés les médicaments orphelins. En 2005, l'assiette a été élargie au chiffre d'affaires des médicaments rétrocédables.

La contribution concerne le chiffre d'affaires des médicaments remboursés en ville ou rétrocédables par les établissements hospitaliers. Il est proposé d'étendre le périmètre de la régulation hospitalière, à partir de 2010, à tous les produits utilisés à l'hôpital (hors GHS), ce qui implique une extension aux médicaments de la liste en sus. Les dépenses associées aux médicaments de cette liste sont en effet en forte croissance.

Il est également proposé au 2° du I de pérenniser le taux de contribution de la taxe sur le chiffre d'affaires à 1 %. Cette mesure se justifie d'une part par un besoin de recettes supplémentaires et d'autre part par une prolongation de la responsabilisation de l'industrie pharmaceutique dans un contexte d'augmentation des chiffres d'affaires de médicaments.

Les dates de versement de la contribution sur les dépenses de promotion des médicaments et de celle assise sur les dépenses de promotion des dispositifs médicaux de l'année N-1, fixées au 1^{er} décembre de l'année N, sont tardives. Les produits de ces taxes sont destinés à contribuer au financement de la CNAMTS (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés) et de la HAS (Haute Autorité de santé : 10 % du rendement total de la contribution sur la promotion des médicaments en vertu de l'article L. 161-45 du CSS). Perçues trop tardivement, elles pèsent sur la trésorerie de ces deux établissements publics, et ne permettent pas une bonne visibilité pour la construction des budgets. Il est donc proposé de fixer les versements des contributions dues au titre de l'année précédente pour moitié au 1er juin et pour moitié au 1er décembre de l'année suivante.

Enfin, le taux K était fixé à 1 % pour la période 2005 à 2007 et 1,4 % pour l'année 2008. La mesure consiste à fixer ce taux K à 1,4 % pour l'année 2009. Les contributions des entreprises concernées viendront en déduction des dépenses remboursées de médicaments et non plus en recettes pour l'assurance maladie.

Article 15

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

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

« Le tarif du droit de consommation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est publié au *Journal officiel* par arrêté du ministre chargé du budget. » ;

2° Le II de l'article 403 est remplacé par les dispositions suivantes :

« II. - Le tarif du droit de consommation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est publié au *Journal officiel* par arrêté du ministre chargé du budget. » ;

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

« Le tarif du droit de circulation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est publié au *Journal officiel* par arrêté du ministre chargé du budget. » ;

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

« Le tarif du droit spécifique est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est publié au *Journal officiel* par arrêté du ministre chargé du budget. »

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

1° Au début du 3° du II de l'article L. 131-8, le mot : « Le » est remplacé par les mots : « Une fraction égale à 89,6 % du » ;

2° L'article L. 245-9 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le tarif de la cotisation est relevé au 1^{er} janvier de chaque année dans une proportion égale au taux de croissance de l'indice des prix à la consommation hors tabac de l'avant-dernière année. Il est exprimé avec deux chiffres significatifs après la virgule, le second chiffre étant augmenté d'une unité si le chiffre suivant est égal ou supérieur à cinq. Il est publié au *Journal officiel* par arrêté du ministre chargé du budget. »

Exposé des motifs

Les tarifs des droits indirects sur les boissons et les alcools n'ont pas subi de variation depuis 1996, année où ont été augmentés les seuls tarifs des droits indirects applicables aux alcools forts et aux bières. La dernière augmentation des tarifs des droits indirects applicables aux produits intermédiaires date de 1993 alors que ceux applicables aux vins n'ont pas bougé depuis vingt-cinq ans, la dernière hausse remontant à 1983. La fiscalité sur les alcools étant une fiscalité assise sur les quantités, l'inflation a donc eu pour effet de diminuer la charge fiscale pesant sur ces produits.

Pour éviter que le poids réel de la fiscalité sur l'alcool ne baisse chaque année sous l'effet de la hausse des prix, les I et II prévoient qu'à compter du 1^{er} janvier 2009, les tarifs des droits indirects sur les alcools seront relevés chaque année, par rattrapage de l'inflation constatée au titre de l'avant-dernière année.

Le produit de ce rattrapage est affecté à la branche vieillesse du régime des exploitants agricoles afin de contribuer à son rééquilibrage financier, par affectation d'une fraction du droit de circulation sur les vins, cidres, poirés et hydromels mentionné à l'article 438 du code général des impôts.

Article 16

I. - Le code rural est ainsi modifié :

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

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

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

b) Le II *bis* est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

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

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

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

4° La section 1 du chapitre I^{er} du titre III du livre VII est remplacée par les dispositions suivantes :

« Section 1

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« 11° Toute autre ressource prévue par la loi.

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

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

« 2° Le produit des cotisations de solidarité mentionnées aux articles L. 731-23 et L. 731-24 ;

« 3° Une fraction égale à 10,4 % du produit du droit de circulation mentionné à l'article 438 du code général des impôts ;

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

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

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

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

« 8° Toute autre ressource prévue par la loi.

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

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

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

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

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

« Section 4 bis

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

« Art. L. 134-11-1. - La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés retrace en solde, au titre du régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des non salariés agricoles, dans les comptes de la branche mentionnée au 1° de l'article L. 200-2, la différence entre les charges et les produits afférents aux prestations servies aux bénéficiaires de ce régime.

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

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

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

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

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

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

Exposé des motifs

Depuis plusieurs années l'équilibre du régime de protection sociale agricole n'est plus assuré. Le déséquilibre démographique entre les actifs et les retraités, l'insuffisance des recettes pour le financement des retraites agricoles comme pour celui de l'assurance maladie ont porté la dette du FFIPSA à un niveau très élevé ; son financement par l'emprunt est chaque année plus difficile et plus coûteux. Le Gouvernement s'est engagé à rechercher les moyens d'un retour à l'équilibre du régime agricole qui permette d'assurer sa pérennité financière. Conformément à cet engagement, le remboursement de la dette de l'Etat vis-à-vis du BAPSA a été inscrit en lois de finances rectificatives de 2005 pour 2,5 milliards d'euros et de 2007 pour 0,62 milliard d'euros.

De nouvelles mesures sont prévues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale et dans le projet de loi de finances pour 2009 pour assurer le redressement du régime des exploitants agricoles :

S'agissant du projet de loi de finances, il est prévu que :

- l'Etat reprenne à sa charge la dette du FFIPSA, qui fin 2008 atteindra près de 7,5 milliards d'euros, montant qui inclut les déficits cumulés de la branche retraites (3,5 milliards d'euros) et de la branche maladie (4 milliards d'euros) ;

- le déficit de la branche maladie soit compensé par l'affectation de la taxe sur les véhicules de société.

S'agissant du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, le présent article vise à modifier les règles de gouvernance financière du régime des exploitants agricoles. Le Fonds de financement des prestations sociales agricoles est supprimé et la gestion des ressources du régime des non salariés agricoles est confiée directement à la CCMSA, qui disposera de l'autorisation d'emprunt pour le financement de ses besoins de trésorerie. Afin de garantir un financement pérenne du régime d'assurance maladie des exploitants agricoles, celui-ci sera intégré financièrement à la Caisse nationale d'assurance maladie, tout comme le sont déjà la branche famille du régime des non salariés agricoles à la CNAF, ou le régime des salariés agricoles au régime général depuis 1963. La CNAMTS retracera dans sa comptabilité le solde entre les charges et les produits des prestations maladie du régime agricole. Compte tenu de cette intégration et des conclusions du conseil de modernisation des politiques publiques du 11 juin dernier, le ministre chargé de la sécurité sociale est désormais étroitement associé à la gestion des régimes agricoles. L'affectation de recettes supplémentaires à la branche maladie du régime agricole permet d'assurer la neutralité du transfert pour la CNAM.

Ces évolutions sur la gouvernance financière ne remettent pas en cause la gestion des régimes des salariés agricoles et des non salariés agricoles par les caisses de MSA. Ces dernières continueront à exercer leurs missions de recouvrement des cotisations et de gestion des prestations. Des dispositions réglementaires feront évoluer la composition et les missions du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles (CSPSA) afin d'en faire une instance de discussion et d'orientation de la protection sociale agricole.

Article 17

Le code rural est ainsi modifié :

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

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

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

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

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

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

3° Au 1° de l'article L. 725-24, les mots : « , L. 741-16 et L. 751-18 » sont remplacés par les mots : « et L. 741-16 » ;

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

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

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

6° Le premier alinéa de l'article L. 751-8 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Toutefois les dispositions de l'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale ne sont pas applicables aux personnes mentionnées au 8° du II de l'article L. 751-1 du présent code. » ;

7° L'article L. 751-18 est abrogé.

Exposé des motifs

Lors de la cessation d'activité, les chefs d'exploitation sont redevables de cotisations pour l'année entière même si cette cessation d'activité intervient en cours d'année. La clarification de ce principe d'annualité est rendue indispensable du fait de la jurisprudence de la Cour de Cassation. Le Conseil d'Etat a par ailleurs considéré qu'une telle disposition relevait du niveau législatif.

Toutefois, pour les héritiers redevables des cotisations appelées au nom de la personne décédée, une dérogation est prévue en cas de décès du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Le présent article, en créant dans le code rural un article L. 741-10-4, vise également à transposer dans le régime des salariés agricoles la franchise de cotisations et contributions de sécurité sociale applicable aux rémunérations versées aux stagiaires en entreprise. Cette transposition implique de modifier également les dispositions du code rural relatives à la couverture du risque accidents du travail et les maladies professionnelles, d'une part pour étendre le champ d'application de l'assurance obligatoire aux personnes effectuant un stage auprès d'une entreprise agricole (modifications apportées à l'article L. 751-1), d'autre part pour exclure ces mêmes stagiaires du bénéfice d'une indemnité en capital (modifications apportées à l'article L. 751-8).

Enfin, cet article aligne sur le droit commun le dispositif de réduction de taux de cotisations sociales dont bénéficient les travailleurs occasionnels et demandeurs d'emploi dans le secteur agricole, en supprimant l'exonération ou la réduction de cotisation pour accidents du travail et maladies professionnelles qui s'applique actuellement au dispositif général de taux réduits par renvoi de l'article L. 751-18 du code rural.

Cette mesure s'inscrit dans la continuité de la loi de finances pour 2007 et de la loi de financement de la sécurité sociales pour 2008 qui ont supprimé l'exonération de cette cotisation de l'ensemble des dispositifs d'exonération totale de cotisations patronales de sécurité sociale pour renforcer la responsabilisation des employeurs.

Cet article procède également, au V, à quelques ajustements de références de codes.

Article 18

I. - Le code du travail est ainsi modifié :

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

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

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

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

3° Après l'article L. 3261-1, la fin du chapitre I^{er} du titre VI^{ème} du livre II de la troisième partie est remplacée par les dispositions suivantes :

« Section 2

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

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

« Section 3

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« Section 4

« Dispositions d'application

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

II. - Le *b* du 19° *ter* de l'article 81 du code général des impôts est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

1° L'article L. 131-4-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

Exposé des motifs

Chaque jour, 17,7 millions de Français se déplacent pour se rendre à leur travail et parcourent, en moyenne quotidienne individuelle, 52 km. Il s'agit d'une source de coûts importants aussi bien pour la société, en termes de pollution, de consommation énergétique, d'aménagement du territoire, d'urbanisme, d'accidents et de santé, que pour les salariés, compte tenu du renchérissement des transports, lié notamment à l'augmentation du coût du carburant et de l'énergie. Sur chacun de ces plans, les moyens de transport individuel motorisé, qui représentent encore une part trop importante de ces déplacements, entraînent eux-mêmes des coûts individuels et collectifs nettement supérieurs aux moyens de transport collectifs. A cet égard, le Gouvernement s'est engagé avec les collectivités territoriales dans un plan ambitieux de développement des transports collectifs, prévu à l'article 12 du projet de loi de programme relatif à la mise en œuvre du Grenelle de l'environnement et comportant notamment la multiplication par six, d'ici 2020, du kilométrage des lignes de transports collectifs en site propre.

L'article L. 3261-2 du code du travail comporte quant à lui pour la région Ile-de-France une forte incitation à l'usage des transports en commun grâce à l'obligation pour l'employeur de prendre en charge, à hauteur d'au moins 50 %, le prix des titres d'abonnement de transport souscrits par ses salariés. Cette obligation a remplacé en 1982 le mécanisme de la prime de transport en région parisienne institué en 1970. Le présent article prévoit d'étendre le bénéfice de cette disposition à l'ensemble des salariés, quelle que soit la localisation de leur entreprise en France. La généralisation de ce dispositif doit permettre d'accroître les gains qui en sont attendus pour la collectivité. Elle permettra aussi, conformément aux engagements pris en juin dernier par le Premier ministre, de mieux aider l'ensemble des salariés en garantissant sur le territoire une plus grande équité entre eux, ainsi qu'entre les entreprises.

La participation de l'employeur, y compris la part facultative au-delà de 50 %, sera exonérée de charges fiscales et sociales dans la limite des frais réellement engagés.

Le renforcement de l'aide ainsi apportée à l'utilisation par les salariés des transports en commun est complété par la mise en place de mécanismes permettant d'améliorer la situation des salariés qui utilisent les moyens de transport individuel : les frais de transport des salariés qui ne peuvent recourir au transport en commun pourront donner lieu, par accord d'entreprise et en fonction de la situation particulière de chacune d'elles, à une prise en charge à hauteur de 200 € sans charges sociales et fiscales. L'insertion de cette question dans la négociation annuelle obligatoire sur les salaires, prévue à l'article L.2241-2 pour la branche et à l'article L.2242-8 pour l'entreprise, devrait permettre d'en favoriser la prise en compte. En vue d'améliorer l'impact sur l'environnement des déplacements entre le domicile et le travail des salariés de l'entreprise, le nouvel article L.3261-4 du code du travail prévoit que la négociation d'un accord portant sur la prise en charge des frais de carburant devra envisager la mise en place d'un plan de mobilité destiné à favoriser l'utilisation des transports en commun et le covoiturage.

Article 19

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

2° Le premier alinéa de l'article L. 243-6-1 est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette possibilité est ouverte également à un cotisant appartenant à un ensemble de personnes entre lesquelles un lien de dépendance ou de contrôle existe au sens des articles L. 233-1 et L. 233-3 du code de commerce en cas d'interprétations contradictoires concernant toute autre entreprise ou personne morale appartenant à ce même ensemble. » ;

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

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

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

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

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

5° L'article L. 243-7-2 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

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

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

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

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

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

Exposé des motifs

La mesure proposée vise à mettre en œuvre certaines recommandations de la mission de M. Olivier Fouquet, visant à renforcer la sécurité juridique des cotisants.

Des progrès importants ont déjà été réalisés sur la période récente afin de renforcer la sécurité juridique des cotisants, grâce à la combinaison de plusieurs mesures :

- l'opposabilité des circulaires ministérielles régulièrement publiées, rendue possible par l'ordonnance du 6 juin 2005 ;

- le rescrit social, créé par la même ordonnance, dont le champ vient d'être considérablement élargi dans le cadre de la loi de modernisation de l'économie ;

- l'ensemble du dispositif créé par le décret relatif aux droits des cotisants du 11 avril 2007, qui vise à sécuriser juridiquement les employeurs, à améliorer leur information sur leurs droits et obligations en cas de contrôle et à renforcer la procédure contradictoire.

Néanmoins, des améliorations doivent encore être apportées afin de renforcer les garanties des cotisants dans le cadre de leurs relations avec l'URSSAF. Le présent article prévoit ainsi :

1- l'extension de la procédure d'arbitrage de l'ACOSS prévue à l'article L. 243-6-1 du code de la sécurité sociale aux filiales et aux autres entreprises contrôlées d'un même groupe auquel appartient le cotisant, telles que définies par le code de commerce (I du présent article).

2- la sécurisation juridique du développement de l'application du dispositif du rescrit social, notamment pour tenir compte de l'élargissement de son champ d'application prévu dans la loi de modernisation de l'économie. Cette extension est prévue au II du présent article.

3- La clarification du cadre juridique de l'abus de droit instauré par la loi de financement de financement de la sécurité sociale pour 2008 afin d'organiser le recours au comité des abus de droit et établir un régime de sanction adapté (III et IV du présent article). Le montant de la pénalité sera déterminé par décret en Conseil d'Etat.

4- L'opposabilité des décisions d'une URSSAF à une autre URSSAF lorsque l'entreprise change d'organisme de recouvrement (V du présent article).

Par ailleurs, pour tenir compte, à l'échelle d'un groupe, des suites du constat d'une infraction de travail dissimulé établi à l'égard d'une personne morale appartenant à cet ensemble, il est créé une responsabilité subsidiaire et solidaire entre cette dernière et la société-mère ou la société holding, à l'égard du paiement des contributions et cotisations sociales ainsi que des majorations et pénalités dues à la suite de ce constat (VI du présent article).

Article 20

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

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

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

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

« Est également prise en compte, dans les conditions prévues au deuxième alinéa, la part des revenus mentionnés aux articles 108 à 115 du code général des impôts perçus par le travailleur non salarié non agricole, son conjoint ou le partenaire auquel il est lié par un pacte civil de solidarité ou leurs enfants mineurs non émancipés qui est supérieure à 10 % du capital social et des primes d'émission détenus en toute propriété ou en usufruit par ces mêmes personnes. Un décret en Conseil d'Etat précise la nature des apports retenus pour la détermination du capital social au sens du présent alinéa. » ;

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

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

4° A la fin du premier alinéa du I de l'article L. 136-6, les mots : « de l'article L. 136-7 » sont remplacés par les mots : « des articles L. 136-3 et L. 136-7 » ;

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

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

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

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

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

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

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

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

Exposé des motifs

L'article vise à clarifier les règles d'assujettissement aux prélèvements sociaux des revenus distribués perçus par les travailleurs non salariés non agricoles, gérants majoritaires notamment pour les sociétés d'exercice libéral, comme le recommandait le rapport Fouquet sur la sécurité juridique des cotisants. Elle permet ainsi de régler un conflit d'interprétation entre la Cour de cassation (arrêt du 15 mai 2008) et le Conseil d'Etat (arrêt du 14 novembre 2007) sur la qualification de rémunération ou non des dividendes distribués aux gérants majoritaires.

Cette mesure s'applique aux non-salariés qui exercent dans des entreprises soumises à l'impôt sur les sociétés tout en ayant le contrôle de ces entreprises. Afin d'éviter que certains arbitrages entre rémunérations ordinaires et dividendes ne conduisent ces derniers à être disproportionnés par rapport au capital investi – ce qui peut réduire alors fortement l'assiette des cotisations, par rapport à des situations comparables de professionnels exerçant en nom propre par exemple – il est proposé de réintégrer dans ce cas une partie des dividendes versés dans l'assiette des cotisations. Le seuil utilisé est celui qui existe déjà pour le plafonnement de l'exonération fiscale des produits des titres non cotés détenus dans un plan d'épargne en actions (5° bis de l'article 157 du code général des impôts). La mesure met ainsi en œuvre une solution équilibrée consistant à écarter à la fois une exclusion sans condition des dividendes et un assujettissement total de ceux-ci.

Article 21

La dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale est remplacée par les dispositions suivantes : « Ces taux particuliers sont également applicables aux assurés d'un régime français d'assurance maladie exonérés en tout ou partie d'impôts directs en application d'une convention ou d'un accord international, au titre de leurs revenus d'activité définis aux articles L. 131-6 et L. 242-1 qui ne sont pas assujettis à l'impôt sur le revenu. »

Exposé des motifs

La contribution sociale généralisée (CSG) et la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sont dues par les personnes qui sont à la fois fiscalement domiciliées en France et à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire d'assurance maladie (article L. 136-1 du code de la sécurité sociale). Ces contributions étant pour partie affectées aux régimes obligatoires d'assurance maladie, elles se sont progressivement substituées aux cotisations d'assurance maladie, dont les taux ont été réduits à due concurrence. Cependant, des taux particuliers ont été maintenus pour les ressortissants des régimes français d'assurance maladie qui, n'étant pas fiscalement domiciliés en France, ne sont redevables ni de la CSG, ni de la CRDS (article L. 131-9 du même code).

Toutefois un vide juridique subsiste pour les personnes qui exercent une activité professionnelle à la fois en France et à l'étranger. En effet, afin d'éviter les situations de double imposition, les conventions fiscales internationales prévoient que, dans ce cas, les revenus perçus à l'étranger sont imposables dans le pays où ils ont été perçus, les intéressés n'étant imposables en France que sur leurs seuls revenus perçus en France.

Il en résulte que les personnes concernées sont, du fait de leur activité professionnelle en France, assujetties aux régimes d'assurance maladie dont elles perçoivent l'intégralité des prestations, sans pour autant acquitter la CSG et la CRDS sur l'intégralité de leurs revenus professionnels, les revenus perçus à l'étranger échappant à ces deux contributions.

Dès lors, le présent article vise à faire acquitter aux intéressés, sur la partie de leurs revenus non imposables en France, une cotisation d'assurance maladie d'un taux particulier (2,4 % dans la limite du plafond de la sécurité sociale et de 9,6 % dans la limite de 5 plafonds), afin de rétablir l'égalité de traitement entre tous les ressortissants des régimes concernés.

Article 22

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

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

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

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

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

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

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

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

8° L'exonération mentionnée au quatrième alinéa du VI de l'article 1^{er} de la loi n° 2008-.... du 2008 en faveur des revenus du travail.

II. - Le I est applicable :

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

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

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

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

5° A compter de la publication de la loi n° 2008- du 2008 en faveur des revenus du travail en ce qui concerne le 8°.

Exposé des motifs

Conformément au IV de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, le présent article a pour objet de prévoir la non-compensation de certains dispositifs portant exonération de cotisations de sécurité sociale :

- exonération, dans certaines limites, de l'indemnité versée en cas de rupture négociée du contrat de travail. Instaurée par la loi du 25 juin 2008 portant modernisation du marché du travail, cette indemnité est, en l'état actuel du droit, exonérée dans les mêmes conditions que l'indemnité de licenciement ;

- exonération liée à l'avantage résultant, pour le salarié, de la remise gratuite par son employeur de matériels informatiques. Votée dans le cadre de la loi de finances pour 2008, cette exonération a été conçue dans une optique sociale, afin d'inciter les entreprises à donner à leurs salariés des matériels qui, autrement, seraient détruits. En outre, ce dispositif est strictement encadré, le prix de revient global des matériels donnés ne pouvant excéder 2 000 € par an et par salarié. ;

- possibilité donnée au salarié d'affecter à un PERCO (plan d'épargne pour la retraite collectif) ou à un régime de retraite supplémentaire collectif et obligatoire les sommes issues de la monétisation des droits inscrits sur un compte épargne temps. Récemment votée dans le cadre de la loi du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail, cette mesure a pour objet de favoriser l'épargne retraite, ce qui justifie que l'exonération en résultant ne soit pas compensée ;

- exonération, dans la limite des frais réellement engagés, attachée à la prise en charge par l'employeur des titres d'abonnements souscrits par ses salariés pour leurs déplacements accomplis en transports publics, entre leur résidence habituelle et leur lieu de travail, créée par l'article 17 du présent projet de loi ;

- exonération de cotisations de sécurité sociale, dans la limite de 200 € par an et par salarié, du remboursement par l'employeur des frais de carburant engagés par le salarié dans les conditions prévues à l'article L. 3261-3 du code du travail, pour ses trajets domicile-travail, également créée par l'article 17 du présent projet de loi ;

- la franchise de cotisations et de contributions applicable aux rémunérations versées aux stagiaires, pour l'extension de cette disposition aux personnes effectuant un stage auprès d'une entreprise relevant du régime agricole prévue à l'article 16 du présent projet de loi ;

- exonérations de cotisations de sécurité sociale liées au versement de primes exceptionnelles. Sont ainsi visées la prime exceptionnelle qui pouvait être versée en 2008 dans les entreprises de moins de cinquante salariés (loi du 8 février 2008 pour le pouvoir d'achat) et celle qui pourra être versée dans les entreprises ayant conclu un accord d'intéressement ou un avenant à un accord existant (projet de loi en faveur des revenus du travail, en cours d'examen par le Parlement). Dans les deux cas, cette prime exceptionnelle ne peut se substituer à des éléments de rémunération soumis aux cotisations de sécurité sociale et habituellement versés aux salariés. Cela justifie que les exonérations liées à ces primes exceptionnelles ne soient pas compensées.

Article 23

Est approuvé le montant de 3,4 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

Exposé des motifs

En conformité avec les dispositions organiques, cet article approuve le montant de crédits budgétaires ouverts en projet de loi de finances pour 2009 pour couvrir les dispositifs compensés d'exonération, de réduction ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale. A ces exonérations compensées par le budget de l'Etat s'ajoutent les allègements généraux et les exonérations sur les heures supplémentaires compensées par affectation de recettes fiscales.

Le projet de loi de programmation sur les finances publiques prévoit que le Gouvernement indique chaque année pour l'année suivante au Parlement un objectif plus large, de coût de l'ensemble des mesures d'exonérations, réduction ou abatement d'assiette affectant les cotisations et contributions de sécurité sociale. Cet objectif, qui s'accompagnera de la mise en œuvre, dès 2009 d'une règle systématique de gage sur les mesures nouvellement créées, est détaillé dans l'annexe 5 au présent projet de loi.

En 2009, le montant prévisionnel des pertes de recettes liées aux exonérations et exemptions d'assiette détaillées dans cette annexe atteindrait 42 milliards d'euros :

- le montant des allègements généraux, pour lesquels ont été affectés en contrepartie des recettes fiscales atteindrait 23,4 milliards d'euros (pour un total d'impôts affectés de 23,7 milliards d'euros) ;

- le montant des exonérations sur les heures supplémentaires compensées intégralement par des recettes fiscales atteindrait 3,1 milliards d'euros ;

- le montant des exonérations compensées par l'Etat atteindrait 3,4 milliards d'euros ;

- le montant des exonérations restant à la charge de la sécurité sociale atteindrait 2,7 milliards d'euros ;

- le montant des exemptions d'assiette atteindrait 46 milliards d'euros, soit l'équivalent d'un montant de recettes calculé selon la méthode conventionnelle décrite dans ce rapport, de 9,4 milliards d'euros.

Section 3
Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 24

Pour l'année 2009, les prévisions de recettes, réparties par catégorie dans l'état figurant en annexe C à la présente loi, sont fixées :

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

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de Recettes
Maladie	183,0
Vieillesse	183,3
Famille	59,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	432,6

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

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de Recettes
Maladie	157,3
Vieillesse	95,3
Famille	58,6
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	316,8

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

	(en milliards d'euros)
	Prévisions de Recettes
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	14,1

Exposé des motifs

Le champ des prévisions de recettes pour l'exercice 2009 est le même que pour l'exercice 2008. La progression entre les deux années est estimée à 4,6 % pour le régime général et 4,5 % pour l'ensemble des régimes.

Article 25

Pour l'année 2009, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	183,0	185,6	-2,6
Vieillesse	183,3	190,3	-7,0
Famille	59,1	59,3	-0,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	13,1	13,0	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	432,6	442,2	-9,6

Exposé des motifs

Le déficit toutes branches de l'ensemble des régimes obligatoires pour 2008 est estimé à -9,6 milliards d'euros, soit un déficit pour les régimes autres que régime général - faisant l'objet de l'article suivant - de 1 milliard d'euros (116,8 milliards d'euros de dépenses, 115,8 milliards d'euros de recettes).

Article 26

Pour l'année 2009, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes	Objectifs de dépenses	Solde
Maladie	157,3	160,7	-3,4
Vieillesse	95,3	100,3	-5,0
Famille	58,6	58,9	-0,2
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,4	11,4	0,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	316,8	325,4	-8,6

Exposé des motifs

Le déficit du régime général devrait se situer à -8,6 milliards d'euros. Le solde de la branche maladie de la CNAMTS devrait s'améliorer une nouvelle fois. Après -5,9 milliards d'euros en 2006, -4,6 milliards d'euros en 2007, -4,0 milliards d'euros en 2008, il atteindrait -3,4 milliards d'euros en 2009, soit un montant inférieur de 4,2 milliards d'euros à celui présenté dans le scénario tendanciel du rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale. Les branches accidents du travail et maladies professionnelles et famille resteraient proches de l'équilibre en 2009.

Pour la première fois depuis quatre ans, le déficit de la branche vieillesse cesserait de croître. Il se situerait autour de 5 milliards d'euros.

Article 27

Pour l'année 2009, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(en milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes	Prévisions de charges	Solde
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	14,1	14,9	-0,8

Exposé des motifs

Le FSV devrait connaître temporairement un nouveau déficit en 2009, compte tenu de l'affectation d'une part de CSG à la CADES. Néanmoins, du fait de la reprise de sa dette, son résultat cumulé passera de -3,9 milliards d'euros à fin 2008 à -0,8 milliard d'euros à fin 2009, soit une diminution d'un facteur 5. En outre le FSV devrait retrouver une situation équilibrée dès 2012 comme il est précisé dans l'annexe B.

Article 28

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

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

(en milliards d'euros)

	Prévisions de Recettes
Prélèvements sociaux sur les revenus du capital	1,7
Affectation de l'excédent de la CNAVTS	
Affectation de l'excédent du FSV	
Avoirs d'assurance sur la vie en déshérence	
Revenus exceptionnels (privatisations)	
Autres recettes affectées	
Total	1,7

Exposé des motifs

Le montant de l'amortissement de la dette portée par la CADES augmentera dans des proportions importantes en 2009. Cette hausse sera permise par l'affectation de 0,2 point de CSG à la CADES (soit 2,3 milliards d'euros) de manière à maintenir inchangé l'horizon de fin de la mission de la caisse.

En 2009, le rendement des recettes affectées au FRR devrait être en léger retrait par rapport à 2008. Ceci s'explique par le fait que les prélèvements sociaux sur les revenus du capital sont affectés en 2008 par une mesure exceptionnelle relative au mode de versement des prélèvements sur les dividendes, qui majore de manière non-reconductible leur rendement.

Section 4
Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 29

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

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

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

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

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

2° L'article L. 255-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

II. - Le I est applicable aux conventions conclues en 2008.

Exposé des motifs

La convention d'objectifs et de gestion de l'ACOSS prévoit que l'ACOSS développe une « offre de services » en matière de gestion de trésorerie à l'attention de tiers avec lesquels elle est en relation.

Le déploiement de cette activité de gestion de disponibilités de tiers, qui est destinée notamment à réduire les besoins de financement de l'ACOSS auprès de la Caisse des dépôts et consignations, ne figure cependant pas dans les missions de l'ACOSS. En conséquence, celle-ci n'est en particulier pas en mesure de rémunérer la trésorerie qui serait déposée auprès d'elle.

Cet article modifie donc le code de la sécurité sociale pour ouvrir cette possibilité, qui prendra la forme de conventions de dépôt de disponibilités approuvées par les ministres de tutelle concernés. Par construction, il ne pourra donc s'agir que d'apports de disponibilités à l'ACOSS, avec un impact positif sur les besoins de financement de cette dernière.

Les organismes concernés seraient en particulier le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA), la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) ou encore la Haute Autorité de santé (HAS).

Le II de l'article modifie l'article L. 255-1 relatif à la répartition des intérêts résultants de la gestion de trésorerie commune, afin de tenir compte de la gestion de disponibilités pour compte de tiers et d'adapter le texte à la réalité du mécanisme d'affectation des intérêts créditeurs et débiteurs entre les différentes branches.

Article 30

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

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

Par dérogation au tableau ci-dessus, le montant maximal de ressources non permanentes auxquelles peut recourir le régime général est fixé à 35 000 millions d'euros entre le 1^{er} janvier 2009 et le 31 mars 2009.

Exposé des motifs

La reprise des déficits cumulés de la branche vieillesse, de la branche maladie du régime général et du fonds de solidarité vieillesse permet de réduire significativement le plafond de ressources non permanentes auxquelles peut recourir ce régime en 2009. De 36 milliards d'euros en 2008, il passera à 17 milliards d'euros. Néanmoins, à titre dérogatoire, le plafond devra être fixé à 35 milliards d'euros au cours des trois premiers mois de l'année prochaine, pour tenir compte du rythme et des volumes prévus pour les versements de la part de la CADES.

En ce qui concerne le régime des exploitants agricoles, conformément à l'article 75, la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole est responsable de la gestion de sa trésorerie, en lieu et place du FFIPSA qui disparaît à compter du 1^{er} janvier 2009. Du fait de la reprise par l'Etat de la dette de ce fonds, et de l'apport de recettes nouvelles dans le cadre de l'intégration financière de la branche maladie du régime, il est proposé de fixer le plafond d'emprunt à 3,2 milliards d'euros.

Les plafonds 2009 pour les autres régimes autorisés à recourir à l'emprunt restent proches de ceux prévus pour 2008, sauf pour la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales : en raison des perspectives financières de ce régime, il n'apparaît pas nécessaire de lui accorder en 2009 une autorisation d'emprunt.

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

QUATRIEME PARTIE
Dispositions relatives aux dépenses pour 2009

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 31

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

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

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

« En cas de refus de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire de conclure un accord, une convention ou un avenant, constaté dans des conditions fixées par décret, l'Union nationale des caisses d'assurance maladie fait part aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale du constat de désaccord. S'il s'agit d'un accord, d'une convention ou d'un avenant mentionnés au deuxième alinéa, elle ne peut alors leur transmettre l'accord, la convention ou l'avenant en vue de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 qu'après un délai minimal fixé par décret.

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

II. - Le dernier alinéa de l'article L. 162-15 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les dispositions du présent alinéa ne s'appliquent pas lorsque l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire participe aux négociations dans les conditions prévues à l'article L. 162-14-3. »

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

IV. - L'article L. 182-3 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La décision de signer un accord, une convention ou un avenant mentionnés aux articles L. 162-14-1, L. 162-16-1, L. 162-32-1 et L. 165-6 est prise par le conseil de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Elle est prise à la majorité de 60 % au moins des voix exprimées en ce qui concerne les accords mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3. »

V. - L'article 44 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est ainsi modifié :

1° Le I est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dès lors qu'une évaluation annuelle conclut à l'opportunité et à la possibilité de généraliser ces expérimentations, le Gouvernement transmet au Parlement, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, un rapport comportant des propositions sur les conditions, les modalités et le calendrier de généralisation, ainsi qu'une étude d'impact. » ;

2° Le deuxième alinéa du II est remplacé par une phrase ainsi rédigée : « Un arrêté du ministre chargé de la santé et du ministre chargé de la sécurité sociale précise les limites dans lesquelles les missions régionales de santé fixent les montants des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins, ainsi que le montant maximal de dépenses au titre de ces rémunération pour chaque mission régionale volontaire. » ;

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

Exposé des motifs

Cette mesure propose de mieux associer les organismes complémentaires aux négociations conventionnelles afin de réguler l'ensemble des dépenses de santé.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a permis à l'UNOCAM de donner son avis sur les projets de conventions et d'avenants.

Pour 2009, il est proposé d'aller plus loin : d'une part, l'UNOCAM sera systématiquement associée à la négociation des conventions avec les professionnels de santé ; d'autre part, dans les secteurs, tels que l'optique et le dentaire, où la part des dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inférieure à 50 % du total des dépenses pour le patient, la signature de l'UNOCAM sera obligatoire.

Le Gouvernement souhaite que les membres de l'UNOCAM se mobilisent afin de trouver des positions communes à apporter dans le jeu de la négociation et de contribuer ainsi à la maîtrise des dépenses qui les concernent. Toutefois, deux dispositions sont prévues afin d'éviter un éventuel blocage de la vie conventionnelle dans ces secteurs. D'une part, afin de faciliter l'émergence de solutions communes, la signature de l'UNOCAM devra être obtenue par un vote à la majorité qualifiée du conseil de l'UNOCAM. D'autre part, si l'UNOCAM refuse de conclure une convention, l'UNOCAM pourra la transmettre aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, mais seulement après avoir respecté un certain délai.

L'article 44 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 permet d'expérimenter des modes nouveaux de rémunération des professionnels, maisons ou centres de santé, se substituant au paiement à l'acte ou le complétant.

La mise en œuvre de ces expérimentations a été activement préparée et le démarrage effectif de l'expérimentation est prévu pour janvier 2009. Un comité de pilotage a été réuni, associant des représentants de l'assurance maladie, des professionnels de santé, des organismes complémentaires et des directeurs de mission régionale de santé (MRS).

Dès lors que l'évaluation, prévue par la loi, de ces expérimentations ferait apparaître l'intérêt de les généraliser, le Gouvernement doit pouvoir faire au Parlement des propositions sur les conditions, les modalités et le calendrier de généralisation. C'est pourquoi il est prévu que le Gouvernement adresse un rapport au Parlement à cet effet, après avis des représentants de l'assurance maladie, des professionnels de santé et des organismes complémentaires.

Par ailleurs, il est proposé de modifier le financement de l'expérimentation sur la permanence des soins (PDS), afin de tenir compte de la vocation du Fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins (FIQCS), qui n'est pas de verser des rémunérations aux professionnels de santé. Les dépenses de rémunération de la régulation et des astreintes des médecins libéraux qui y participent seront donc toujours financées sur les dépenses de soins de ville, comme c'est le cas hors expérimentations.

Article 32

Il est ajouté à l'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale l'alinéa suivant :

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

Exposé des motifs

Comme la Cour des comptes l'a souligné dans son rapport au Parlement sur la sécurité sociale pour 2008, si l'UNCAM transmet chaque année au Gouvernement et au Parlement des propositions relatives à l'évolution des charges et des produits des trois principaux régimes d'assurance maladie, elle ne transmet pas de bilan de la mise en œuvre de celles des mesures qui auraient été retenues dans le cadre de la mise en œuvre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Afin de renforcer le lien entre l'Etat et l'assurance maladie et d'évaluer plus finement le respect de l'ONDAM, l'UNCAM joindra au rapport sur les charges et produits transmis chaque année au Parlement et au Gouvernement un bilan précis de la mise en œuvre des propositions de l'année précédente.

Article 33

Il est inséré dans le code de la sécurité sociale, après l'article L. 183-1-2, un article L. 183-1-3 ainsi rédigé :

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

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

Exposé des motifs

La publication de la loi n° 2008-112 du 8 février 2008 relative aux personnels enseignants de médecine générale, qui a introduit au code de l'éducation des dispositions propres à ces enseignants, officialise la constitution de la filière universitaire de médecine générale. La loi assigne à ces enseignants de consacrer la totalité de leur activité professionnelle aux fonctions de soins en médecine générale, d'enseignement et de recherche.

Le statut de ces personnels enseignants de médecine générale ainsi que les conditions de recrutement et d'exercice de leurs fonctions seront fixés par décret en Conseil d'Etat.

La situation de ces enseignants de médecine générale se distingue de celle des enseignants des autres spécialités médicales, qui disposent d'un statut de « bi-appartenance » hospitalo-universitaire et de deux types de rémunération associés.

Or, la structuration de la filière universitaire de médecine générale constitue un enjeu essentiel de l'organisation du système de soins, dont les médecins généralistes sont l'un des premiers niveaux de recours aux soins. Le statut d'enseignant de médecine générale doit donc être attractif, y compris en ce qui concerne la partie activité de soins dont l'amplitude sera nécessairement réduite par rapport à un médecin non enseignant.

Dans ce contexte, la question d'une indemnisation accessoire aux traitements d'enseignants chercheurs, d'une part, et des revenus tirés de leur activité de soins, d'autre part, se pose. C'est pourquoi il est proposé que l'activité de soins puisse être en partie rémunérée forfaitairement sur la base d'un contrat passé, dans un premier temps, entre les enseignants de médecine générale et les unions régionales des caisses d'assurance maladie. Par la suite, la détermination et la gestion de ces contrats seront assurées par les agences régionales de santé.

Article 34

I. - Le premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsqu'il s'agit d'actes réalisés en série, ces conditions de prescription peuvent préciser le nombre d'actes au delà duquel un accord préalable du service du contrôle médical est nécessaire en application de l'article L. 315-2 pour poursuivre à titre exceptionnel la prise en charge, sur le fondement d'un référentiel approuvé par la Haute Autorité de santé sur proposition de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

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

Exposé des motifs

Des écarts importants sont constatés entre les traitements proposés aux patients par les professionnels de santé pour le même diagnostic. Il est donc proposé, pour les actes en série, de mettre à la disposition des professionnels de santé des référentiels validés par la Haute Autorité de santé, afin d'améliorer le recours au soin et l'efficacité du système de santé. La situation du patient sera au cœur du référentiel que devra suivre le prescripteur, sous le contrôle du service médical de l'assurance maladie.

Les actes de rééducation, comme la masso-kinésithérapie, mais aussi l'orthophonie et l'orthoptie, sont concernés. Il appartiendra à l'UNCAM de définir les conditions d'organisation de la procédure d'accord préalable nécessaire pour prolonger la prise en charge au-delà du nombre d'actes préconisé par le référentiel approuvé par la Haute Autorité de santé. Le dialogue confraternel entre le service médical et le prescripteur ou le soignant permettra de garantir l'application la plus adaptée au patient.

Article 35

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

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

Exposé des motifs

A la suite de la revue de projet effectuée sur le dossier médical personnel (DMP), la ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative a annoncé la création de l'agence des systèmes d'information de santé partagés (ASIP). Ce nouvel organisme regroupera les missions exercées actuellement par le groupement d'intérêt public du dossier médical personnel (GIP DMP), par le groupement d'intérêt public carte de professionnel de santé (GIP CPS) et pour partie par le groupement d'intérêt public pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH), au sein de son département « interopérabilité ».

Cette création se justifie par la nécessité de disposer d'un opérateur de maîtrise d'ouvrage unique regroupant l'ensemble des fonctions nécessaires au développement des systèmes d'information de santé partagés. Ce nouvel opérateur sera ainsi en mesure de maîtriser les infrastructures de base, en particulier en matière d'interopérabilité et de sécurité, aussi bien que les leviers de déploiement du dispositif « DMP ».

Ce nouvel organisme sera créé sous la forme d'un GIP soumis aux dispositions des articles L. 341-2 à L. 341-4 du code de la recherche. Il sera chargé de développer l'interopérabilité et la sécurité des systèmes d'information de santé et de conduire les projets de carte de professionnel de santé et de dossier médical personnel. Les GIP précités disposent en effet tous pour partie de ressources venant de l'assurance maladie. La présente mesure vise donc à permettre un financement direct de la nouvelle agence par l'assurance maladie.

Sa mise en place suppose la conclusion d'une convention constitutive entre les parties concernées, convention qui devra être approuvée par arrêté.

Article 36

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

« *Art. L. 162-22-7-2.* - L'Etat arrête, sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des prescriptions des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7. et sur recommandation du Conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie afférentes à ces spécialités.

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

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

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

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

« Ces dépenses ne peuvent être facturées au patient. »

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

« La prise en charge des médicaments orphelins au sens du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 est subordonnée à la validation de la prescription initiale par le centre de référence de la maladie pour le traitement de laquelle la prescription est envisagée. »

IV. - Les dispositions du I du présent article s'appliquent pour la première fois au titre des dépenses de santé de l'année 2009. Le II entre en vigueur le 1^{er} janvier 2012.

Exposé des motifs

Les dépenses au titre des médicaments onéreux à l'hôpital (dites spécialités pharmaceutiques financées en sus des prestations d'hospitalisation) ont connu lors des deux dernières années une croissance annuelle très importante, largement supérieure à 15 %, pesant lourdement sur le déficit de l'assurance maladie.

Afin de maîtriser cette évolution et pour donner suite à la mission médico-économique donnée en 2007 à la Haute autorité de santé (HAS), il est proposé de mener une analyse nationale permettant de réaliser des comparaisons entre régions et établissements sur l'évolution des dépenses de l'ensemble des spécialités pharmaceutiques de la liste en sus et de fixer, à l'aide notamment de cette analyse, un taux d'évolution de dépenses de ces spécialités. Ce mécanisme renforcera et élargira le champ des contrats de bon usage signés entre un établissement de santé et l'agence régionale de l'hospitalisation. La modération de ces dépenses de médicaments sur la base des recommandations de la HAS et de l'Institut national du cancer (INCa) permettra aux établissements d'envisager des revalorisations plus importantes des tarifs d'hospitalisation.

Cette analyse sera transmise aux agences régionales de l'hospitalisation, qui devront examiner les pratiques de chaque établissement de leur ressort.

Si, au regard de cette analyse, et compte tenu des recommandations émises par la Haute Autorité de santé, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et l'Institut national du cancer, l'agence régionale de l'hospitalisation estime que le dépassement de ce taux n'est pas justifié, elle pourra décider de conclure pour une durée d'un an, avec l'établissement de santé et la caisse d'assurance maladie, un plan d'actions visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques hospitalières.

Si ce plan d'action n'est pas respecté par l'établissement, le taux de remboursement des dépenses de la liste en sus pourra être diminué à concurrence de 10 %.

Cette mesure prévoit également d'améliorer la visibilité du directeur de l'hôpital sur les prescriptions hospitalières en incitant à la bonne identification des médecins prescripteurs de médicaments de la liste en sus et de s'assurer de la bonne application des dispositions de l'article L. 162-5-15 relatives au numéro personnel des médecins (RPPS). A cette fin, à partir de 2012, en l'absence de numéro personnel identifiant du médecin, l'assurance maladie ne prendra pas en charge les factures présentées par l'hôpital au titre des spécialités pharmaceutiques facturées en sus des prestations d'hospitalisation.

Enfin, ce projet a pour objet de s'entourer de toutes les garanties médicales pour ce qui concerne la prescription des médicaments orphelins. Il dispose à cet effet que la prescription initiale de la spécialité pharmaceutique concernée par le médecin de l'hôpital doit faire l'objet d'une validation du centre de référence compétent pour la maladie rare concernée.

Article 37

L'article L. 162-27 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

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

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

Exposé des motifs

Le droit en vigueur ne prévoit le remboursement par l'assurance maladie des prescriptions de médicaments réservés à l'usage hospitalier que dans le cas d'une hospitalisation.

Or, il peut arriver que certains médicaments, comme par exemple la toxine botulique, aujourd'hui réservés à l'usage hospitalier, non disponibles en officine de ville et non rétrocédables, soient prescrits lors de consultations externes à l'hôpital.

Le mode de financement de ces médicaments par l'assurance maladie n'étant pas prévu aujourd'hui dans ce cas de figure, il est proposé de le définir. Ces médicaments feront l'objet d'une facturation spécifique de l'établissement à l'assurance maladie. La mesure proposée organise les conditions de leur remboursement et le circuit de facturation. Le prix des spécialités sera déterminé dans les mêmes conditions que pour la liste en sus (article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale), de façon à éviter toute dérive financière.

Par ailleurs, une évolution du statut de ces médicaments est nécessaire. En effet, compte tenu de leur classement en réserve hospitalière, ils ne peuvent, en principe, être administrés qu'à des patients hospitalisés. Toutefois, leur autorisation de mise sur le marché leur permettrait d'être classés selon un autre statut, celui de prescription hospitalière avec administration dans un établissement de santé à des patients non hospitalisés.

Article 38

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

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

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

Exposé des motifs

Cet article vise à dynamiser le processus de diffusion des actes et dispositifs médicaux innovants issus de la recherche clinique, tels que les valves percutanées, certaines prothèses discales, des endoprothèses carotidiennes ou certaines pompes à insulines.

Ces actes et dispositifs médicaux nécessitent en effet une évaluation complémentaire avant la généralisation de leur utilisation et leur prise en charge par l'assurance maladie par le biais de la nomenclature des actes (CCAM) et celle relative aux produits et prestations (LPP).

Afin que les patients puissent bénéficier plus rapidement de ces actes et de ces dispositifs médicaux innovants, l'article prévoit d'encadrer leur prise en charge par l'assurance maladie, dans des conditions plus adaptées que celles prévues par les outils existants.

Ainsi, le dispositif propose :

- un contrôle des conditions de diffusion (nombre de patients exposés, établissements autorisés...);
- la poursuite de l'évaluation indispensable avant toute généralisation ;
- la prise en charge par l'assurance maladie pour une durée limitée dans l'attente des résultats des études complémentaires demandées.

Article 39

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

II. - Le II de l'article L. 162-22-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

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

III. - Le II de l'article L. 162-22-9 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

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

IV. - A l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale, le second alinéa du II est remplacé par un II *bis* ainsi rédigé :

« II *bis*. - Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et, dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9, l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-9. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations. »

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

« II *bis*. - Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie en application du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1 et, dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2 l'Etat peut, après consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée, modifier les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-1 de manière à concourir au respect de l'objectif mentionné au I de l'article L. 162-22-2. »

VI. - Au quatrième alinéa de l'article L. 162-21-3 du même code, les mots : « au second alinéa du II des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10 » sont remplacés par les mots : « au II *bis* des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10 ».

VII. - Au second alinéa du I de l'article L. 162-22-2 , au troisième alinéa du I de l'article L. 162-22-9, à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 174-1-1, au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, ainsi qu'au troisième alinéa du I de l'article L. 314-3 et au deuxième alinéa de l'article L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, il est ajouté une phrase ainsi rédigée : « Il peut être corrigé en fin d'année pour prendre en compte ces évolutions réalisées en cours d'année. »

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

2° La dernière phrase est remplacée par la phrase suivante : « En contrepartie de cette réduction, les établissements de santé concernés perçoivent un forfait annuel, qui diminue progressivement dans les conditions fixées par l'arrêté susmentionné. »

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

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

X. - Le II de l'article 33 de la loi n° 2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement pour la sécurité sociale pour 2004 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

Exposé des motifs

I. - Le I de l'article a pour objet de simplifier les dispositions relatives au suivi des dépenses en allégeant le niveau de détail des données d'informations transmises par la CNAMTS par la suppression de la répartition du montant des charges par régions, par établissement et par nature d'activité.

II. - Les dispositions législatives (article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale pour l'objectif quantifié national (OQN) et article L. 162-22-9 pour l'objectif de dépenses de médecine, chirurgie et obstétrique (ODMCO) prévoient que les tarifs des prestations des établissements financés sous OQN et sous ODMCO sont fixés en tenant compte notamment de l'état provisoire des charges relatives aux soins dispensés au titre de l'année précédente, des changements de régime juridique ou financiers (les opérations de fongibilité) et des prévisions d'évolution d'activité.

Pour le champ de l'ODMCO, il est également tenu compte des données afférentes au coût relatif des prestations.

Or, parmi ces éléments, certains ne sont pas pris en compte lors de la fixation des tarifs mais lors de la fixation de l'objectif de dépenses, comme par exemple les opérations de fongibilité. Il convient dès lors, aux II et III du présent article, de modifier ces dispositions pour éviter les contradictions et clarifier la procédure de fixation des objectifs et des tarifs.

Sur les données de coût relatif, la rédaction actuelle du texte est légèrement modifiée pour prévoir que les tarifs peuvent être déterminés pour partie - et non uniquement dans leur ensemble - à partir des données de coût relatif des prestations.

III. - Dans le cadre des établissements financés à l'activité, les articles L. 162-22-10 (pour les ceux financés sous ODMCO) et L. 162-22-3 (pour ceux financés sous OQN) du code de la sécurité sociale prévoient une possibilité de régulation infra-annuelle des tarifs des prestations d'hospitalisation décidée par le Gouvernement dès lors qu'il est constaté que l'état définitif des charges transmis par l'assurance maladie n'est pas compatible avec le respect de l'objectif.

Parallèlement, le comité d'alerte, créé en 2004, est l'autorité compétente chargée d'alerter le Gouvernement sur le risque de dépassement de l'ONDAM.

Par ailleurs, un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée a été créé notamment pour donner un avis au Gouvernement sur la mise en œuvre de toute mesure de régulation. L'objet des IV à VI de l'article est de conditionner l'enclenchement de la procédure de régulation à l'avis du comité d'alerte et de mettre le dispositif en cohérence avec la procédure de consultation de l'observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée.

IV. - Les sous-objectifs de l'ONDAM déterminés pour l'année en cours tiennent compte des opérations de fongibilité ayant eu lieu l'année précédente. Toutefois, des opérations de fongibilité peuvent avoir lieu tout au long de l'année et la rigidité du système limite le financement de ces opérations.

Afin de faciliter les restructurations hospitalières, le VII de l'article assouplit le dispositif de financement des opérations de fongibilité relatives aux conversions d'activité réalisées par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Ainsi, la validation par l'administration centrale des opérations interviendra tout au long de l'année et l'autorisation de couvrir les besoins financiers qui en résulte permettra aux ARH de notifier les crédits transférés à l'établissement bénéficiaire.

La régularisation de ces opérations de transfert sera faite au niveau national en fin d'année par la modification de l'arrêté fixant les objectifs de dépenses ODMCO, OQN et ODAM.

V. - Les dispositions du IV de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, modifié, prévoient que les établissements de santé privés mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale bénéficient, jusqu'en 2012, d'un coefficient de haute technicité. Ces dispositions renvoient à un arrêté des ministres de la santé et de la sécurité sociale les modalités de disparition progressive de ce coefficient. En application de ces dispositions, l'arrêté du 25 février 2008 prévoit qu'en 2008 la valeur du coefficient de haute technicité est réduite de 50 % puis disparaît en 2009. En contrepartie, il prévoit également que l'établissement perçoit un forfait annuel de haute technicité afin de lisser les effets revenus engendrés par la disparition progressive du coefficient ; ce forfait ayant lui-même vocation à disparaître en 2012.

Le VIII de l'article a pour objet de sécuriser le dispositif mis en place par l'arrêté susmentionné en prévoyant au niveau législatif la création explicite du forfait de haute technicité et en renvoyant à un arrêté le soin de fixer les modalités de sa disparition.

VI. - La loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 (VIII de l'article 69) a institué la possibilité pour le ministre chargé de la sécurité sociale de fixer par arrêtés annuels des tarifs plafonds ou des règles de calcul de ces tarifs plafonds applicables aux établissements médico-sociaux. Alors que les unités de soins de longue durée bénéficient d'un mode de financement similaire (financement ternaire, tarification des soins en fonction des points GMPS), elles n'étaient pas concernées par cette mesure. Le IX de l'article prévoit d'harmoniser les modalités de convergence ainsi que les modes de fixation des règles de calcul des tarifs des établissements relevant des champs sanitaire et médico-social déterminés par un arrêté des ministres compétents pour chacun de ces champs. Elle traduit une vision plus transversale de la prise en charge du grand âge entre les secteurs sanitaire et médico-social.

VII. - Le X de l'article prolonge les règles de calcul de la participation de l'assuré actuellement en vigueur dans les établissements de santé antérieurement financés par dotation globale. La modification de l'assiette de calcul du ticket modérateur et sa mise en œuvre opérationnelle est subordonnée aux évolutions de modèle du financement des établissements induites par les travaux sur la convergence tarifaire entre le secteur privé et le secteur public.

Article 40

I. - L'article L. 6143-3 du code de la santé publique est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

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

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

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

1° Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

2° Le deuxième alinéa est complété de deux phrases ainsi rédigées : « Le directeur de l'établissement et, le cas échéant les autres membres du personnel de direction et les directeurs des soins sont alors placés en recherche d'affectation auprès de l'établissement public national chargé de la gestion des personnels de direction de la fonction publique hospitalière et des praticiens hospitaliers mentionné à l'article 50-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, sans que l'avis de la commission administrative paritaire compétente soit requis. Les administrateurs provisoires tiennent le conseil d'administration régulièrement informé des mesures qu'ils prennent. »

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

1° Au premier alinéa :

a) Après les mots : « aux articles L. 6161-4 et L. 6161-6, » sont insérés les mots : « lorsque le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation estime que la situation financière de l'établissement l'exige et, à tout le moins, » ;

b) Après les mots : « à l'article L. 6145-1 » sont insérés les mots : « ou leur compte financier » ;

c) Après les mots : « remédier au déséquilibre financier ou aux dysfonctionnements constatés » sont insérés les mots : « et de produire un plan de redressement adapté » ;

2° Au quatrième alinéa, après les mots : « pour mettre fin aux dysfonctionnements ou irrégularités constatés » sont insérés les mots : « et préparer et mettre en œuvre un plan de redressement » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

IV. - Au dernier alinéa de l'article L. 6162-1 du même code, avant la référence : « L. 6161-7 » sont insérées les références : « L. 6161-3 à L. 6161-3-2, ».

Exposé des motifs

Les procédures de traitement des situations de déséquilibre financier des établissements publics de santé (plan de redressement, contrat de retour à l'équilibre, mise sous administration provisoire) doivent être articulées dans une logique de gradation afin de mieux responsabiliser les établissements.

Le I de l'article fait du plan de redressement la première étape incontournable.

L'absence ou l'inexécution de plan de redressement -ou encore l'insuffisance d'un tel plan- justifient le passage à la seconde étape, la mise sous administration provisoire. En outre, le II de l'article élargit le champ des personnes pouvant être désignées en qualité d'administrateur provisoire aux inspecteurs du corps de l'inspection générale des affaires sociales ou de l'inspection des finances, aux directeurs d'hôpitaux et à toute personne qualifiée pour assurer l'administration provisoire d'un établissement de santé.

Le III transpose ces dispositions aux établissements de santé privés antérieurement sous dotation globale.

Par ailleurs, pour les établissements publics de santé qui seraient confrontés à des difficultés financières particulières, le texte prévoit une saisine facultative de la chambre régionale des comptes en cas de refus ou d'échec du plan de redressement.

Il précise en outre le devenir d'un directeur d'un établissement placé sous l'administration provisoire de conseillers généraux des établissements de santé, dans le cas où l'un des administrateurs exerce les attributions de ce directeur.

Enfin, le IV prévoit l'extension aux centres de lutte contre le cancer des dispositions relatives au contrôle des comptes par l'autorité de tarification, à l'administration provisoire et au reversement de certaines sommes en cas de fermeture définitive de l'établissement.

Article 41

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

La dotation prévue au 1° de l'article L. 6113-10-2 du code de la santé publique pour l'année 2009 est minorée des montants versés pour 2009 au titre du III *quater* de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Les dispositions de l'article L. 6113-10 du code de la santé publique dans leur rédaction antérieure à la présente loi demeurent en vigueur jusqu'à la date de publication de l'arrêté d'approbation de la convention constitutive de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux.

Exposé des motifs

Les projets d'investissements ou de réorganisation des établissements de santé et médico-sociaux sont souvent complexes, appelant des compétences simultanément en matière d'architecture, d'organisation, et de systèmes d'information.

Une aide extérieure à l'établissement et à l'ARH est parfois nécessaire. Or, ces expertises sont dispersées au sein de la Mission pour l'appui à l'investissement hospitalier (MAINH), de la Mission nationale d'expertise et d'audit hospitaliers (MEAH) et du Groupement pour la modernisation des systèmes d'information hospitaliers (GMSIH).

Une structure d'expertise et d'appui nationale unique, qui regroupera et amplifiera les actions des trois missions existantes, pourra mettre à disposition des établissements ou des ARH (et des futures ARS) une expertise à la fois globale et spécialisée.

Elle intensifiera la diffusion et la mise en œuvre des bonnes pratiques au sein des établissements.

L'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP) aura ainsi les missions suivantes :

- l'élaboration et la diffusion des outils permettant aux établissements de santé et médico-sociaux d'améliorer leur performance, et le suivi de leur mise en œuvre ;
- la fourniture d'un appui et d'un conseil opérationnel aux établissements ;
- la contribution à l'élaboration d'une stratégie et d'objectifs d'efficience, ainsi qu'à la mise en œuvre d'un système de pilotage de la performance.

En permettant aux établissements de santé de mieux utiliser leurs ressources, l'agence contribuera, en liaison avec les ARH (et les futures agences régionales de santé), à améliorer l'efficience des établissements de santé et médico-sociaux.

Article 42

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

Exposé des motifs

Cet article propose d'étendre la procédure de mise sous accord préalable prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 pour le développement de la chirurgie ambulatoire, à des prestations d'hospitalisation caractérisées par une évolution atypique ou non-conforme aux référentiels de la Haute Autorité de santé.

Cette mise sous accord préalable peut être décidée, sur proposition des directeurs des organismes d'assurance maladie, par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, composée paritairement de représentants de l'Etat et de l'assurance maladie, à partir de l'analyse des données médico-économiques produites par les établissements de santé et par rapport aux référentiels établis par la Haute Autorité de santé. Elle intervient à l'issue d'une procédure contradictoire.

Article 43

I. - Il est créé après l'article L. 133-4-3 du code de la sécurité sociale un article L. 133-4-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 133-4-4. - Lorsqu'un organisme chargé de la gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie prend en charge, pour une personne résidant dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, à titre individuel, des prestations d'assurance maladie qui relèvent des tarifs journaliers afférents aux soins fixés en application du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les sommes en cause, y compris lorsque celles-ci ont été prises en charge dans le cadre de la dispense d'avance des frais, sont déduites par la caisse mentionnée à l'article L. 174-8, sous réserve que l'établissement n'en conteste pas le caractère indu, des versements ultérieurs que la caisse alloue à l'établissement au titre du forfait de soins. Les modalités de reversement de ces sommes aux différents organismes d'assurance maladie concernés sont définies par décret.

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

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

II. - Les dispositions du I sont applicables aux notifications de payer intervenues à compter de l'entrée en vigueur du présent article.

Exposé des motifs

En application de l'article R. 314-161 du code de l'action sociale et des familles, l'assurance maladie verse aux établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) un tarif journalier afférent aux soins qui recouvre les prestations médicales et paramédicales nécessaires à la prise en charge des affections somatiques et psychiques ainsi que les prestations paramédicales liées à l'état de la dépendance des personnes accueillies.

Des contrôles de l'assurance maladie montrent que dans certains établissements les caisses remboursent à des résidents des dépenses de soins de ville, alors même qu'elles sont déjà prises en charge par les tarifs afférents aux soins que l'assurance maladie verse à ces établissements.

La disposition proposée a pour objet de prévoir que dans ce cas les sommes en cause sont déduites par la caisse pivot, sous réserve que l'établissement n'en conteste pas le caractère indu, sur les versements ultérieurs qu'elle alloue à l'établissement au titre du forfait de soins, puisque celui-ci encaisse des sommes supérieures à celles auxquelles il ouvre droit.

Elle prévoit par ailleurs, pour des raisons de simplification de gestion, que la commission de recours amiable de la caisse pivot est compétente pour traiter des réclamations relatives aux sommes en cause et que l'action en recouvrement de la caisse se prescrit par trois ans à compter de la date de paiement de la somme en cause.

Article 44

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

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

« Les dispositions de l'alinéa précédent et du III du présent article ne s'appliquent pas aux établissements et services dont les tarifs ou les règles de calcul des tarifs sont fixés par arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et des affaires sociales. »

III. - L'article L. 314-2 du même code est remplacé par les dispositions suivantes :

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

« 1° Un forfait global relatif aux soins prenant en compte le niveau de dépendance moyen et les besoins en soins médico-techniques des résidents, déterminé par arrêté de l'autorité compétente de l'Etat en application d'un barème et de règles de calcul fixés, d'une part, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées, en application du II de l'article L. 314-3 et, d'autre part, par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris en application du troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale ;

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

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

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

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

1° Le premier alinéa du I est abrogé ;

2° Le premier alinéa du II est abrogé ;

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

4° Au troisième alinéa du II, les mots : « de la dotation globale » sont remplacés par les mots : « du forfait global ».

5° La dernière phrase du II est supprimée.

V. - Le premier et le dernier alinéas du V de l'article L. 314-7 du même code sont abrogés.

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

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

Exposé des motifs

L'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 a inscrit dans le code de l'action sociale et des familles le principe de convergence tarifaire entre établissements et services accueillant des publics comparables et de la fixation de tarifs plafonds. Ce dispositif concerne les établissements et services relevant de l'objectif global de dépense géré par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

Il convient désormais de compléter le dispositif afin d'habiliter le ministre à fixer les règles de convergence tarifaire pour ceux des établissements et services qui dépasseraient ces tarifs plafonds, conduisant ainsi à des écarts injustifiés dans l'allocation des ressources d'assurance maladie. C'est l'objet du I de l'article.

Par ailleurs, comme c'est le cas dans le secteur sanitaire avec la tarification à l'activité, le II permet aux établissements concernés par les tarifs ministériels d'échapper au formalisme de la procédure budgétaire. L'objectif primordial de ce dispositif est de simplifier et de rendre plus équitable la tarification actuelle des établissements d'hébergement de personnes âgées dépendantes (EHPAD). Le dispositif envisagé permet une tarification à la ressource des EHPAD, plutôt qu'une tarification sur la base des coûts historiques, qui pérennise d'importantes inégalités (III, 1^o et 2^o du IV et V de l'article). Il permet de rendre inopposable à l'assurance maladie la reprise des déficits d'exploitation des EHPAD sur les soins, en vue d'une meilleure responsabilisation des gestionnaires dans le cadre des ressources qui leur sont imparties. Ce dispositif n'affranchit pas l'EHPAD de l'obligation de fournir un compte d'emploi destiné à justifier de l'utilisation des crédits d'assurance maladie conforme à leur destination, mais donne une plus grande liberté au gestionnaire dans l'affectation des excédents de gestion, notamment pour accélérer l'investissement.

Cette plus grande liberté de gestion et l'allègement des contrôles budgétaires *a priori* induisent un nécessaire renforcement des dispositifs de transparence financière notamment à l'égard du parc des établissements à but lucratif (3^o du IV et VI et VII de l'article). Les présentes dispositions doivent ainsi permettre aux directions départementales de la consommation, de la concurrence et de la répression des fraudes (DDCCRF) de s'assurer que tous les résidents non bénéficiaires de l'aide sociale sont protégés de la même façon quant à l'évolution du prix et au contenu du contrat : pour les places non attribuées à des bénéficiaires de l'aide sociale les établissements habilités à l'aide sociale sont soumis au même régime de contrôle (par les DDCCRF) que les établissements non habilités.

L'ensemble de ce dispositif s'articule avec la mesure de tarification plafond votée par le Parlement dans l'article 69 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008. Afin de mettre en place ce nouveau dispositif dans les meilleures conditions, la date de prise d'effet est fixée au 1^{er} janvier 2010 (IX).

Le secteur social et médico-social privé non lucratif est régi par sept conventions collectives majeures. L'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les conventions collectives, conventions d'entreprise ou d'établissement doivent, pour être légalement applicables, être agréées par le ministre compétent après avis d'une commission nationale où sont représentés, notamment, les élus locaux. Les conventions collectives et conventions d'entreprise ou d'établissement agréées s'imposent aux autorités compétentes en matière de tarification.

Pour les EHPAD qui sont dorénavant soumis aux modalités d'allocation de ressources en fonction du niveau de dépendance et du besoin de soins des résidents, le maintien de cette opposabilité serait contraire à la logique de la tarification à la ressource. Comme dans le secteur sanitaire lorsque l'hôpital est passé à la tarification à l'activité, il est proposé de supprimer l'opposabilité des conventions collectives agréées aux autorités de tarification des EHPAD. Les gestionnaires d'établissements devront continuer à respecter les conventions collectives agréées dans le cadre des ressources qui leur seront imparties (VIII de l'article).

Article 45

I. - Le dernier alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est remplacé par les dispositions suivantes :

« Dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 comprennent l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ainsi que, pour ceux de ces établissements et services qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire, certains dispositifs médicaux ou produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code dont la liste est fixée par arrêté. »

II. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2010 et sont applicables aux conventions mentionnées au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles en cours à cette date.

Exposé des motifs

Les poly-pathologies, fréquentes chez les personnes âgées, supposent de développer une véritable expertise pharmaceutique dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) afin de lutter efficacement contre la surconsommation médicamenteuse. Celle-ci est à la fois coûteuse et gravement préjudiciable en termes de santé publique. Il convient de responsabiliser et d'intéresser l'ensemble des acteurs en intégrant les médicaments dans la dotation soins des EHPAD.

Cette mesure permettra une meilleure maîtrise des volumes de médicaments du fait d'une rationalisation de la prescription, de la lutte contre les accidents iatrogéniques et d'une meilleure politique d'achat des médicaments. Elle sera de nature à encourager les EHPAD à mobiliser sur une base conventionnelle le rôle d'expertise des pharmaciens d'officines dans leurs relations avec les EHPAD.

Afin de disposer du temps nécessaire au calibrage des forfaits de soins et à la définition d'un cahier des charges équilibré des relations contractuelles entre les pharmaciens d'officines et les EHPAD, le Gouvernement propose de rendre applicable cette mesure à compter du 1^{er} janvier 2010.

Article 46

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

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

2° Le *b* du 1 et le *b* du 2 sont modifiés ainsi qu'il suit :

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

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

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

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

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

3° Le quatrième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« *b)* Dans les deux sous-sections mentionnées au IV de ce même article, ces crédits peuvent être utilisés pour le financement d'actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, de tutorat, de formation et de qualification des personnels des établissements mentionnés à l'article L. 314-3-1, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui n'ont pas conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12 ou ont opté pour la dérogation à l'obligation de passer cette convention en application des dispositions du premier alinéa du I bis de cet article. Ces crédits peuvent également être utilisés pour financer les actions réalisées dans le cadre du plan de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour les établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1. »

Exposé des motifs

Le plan « Alzheimer » et le plan « autisme » ont explicitement prévu un droit à la formation des aidants familiaux. Le déploiement du plan « métiers au service des personnes handicapées et des personnes âgées dépendantes », qui implique les régions et leur appareil de formation, nécessite une sécurisation juridique : il convient de permettre sans ambiguïté à la CNSA d'intervenir dans le financement des actions innovantes, du coût du remplacement d'un salarié en formation sur son temps de travail, du tutorat qui sont autant de mesures qui figurent et qui figureront dans les conventions de partenariat signées entre l'Etat, la CNSA et les conseils régionaux.

La loi de financement pour 2008 a ouvert la possibilité d'utiliser les excédents d'un exercice à des actions de formation spécifiques ou ponctuelles, pour mettre en œuvre des priorités politiques. Le dispositif proposé permet de donner une parfaite lisibilité sur les moyens déployés par la CNSA au titre des actions de formation en rassemblant la totalité de ces moyens au sein de la section IV de son budget et en y transférant les excédents mobilisés le cas échéant pour des actions prioritaires de formation.

Les modifications apportées à l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles répondent à deux préoccupations. Il s'agit, d'une part, d'élargir le périmètre de la section IV à la formation des aidants et des accueillants familiaux et, d'autre part, de favoriser la formation continue.

a) L'article vise à inclure explicitement les formations des aidants familiaux dans le champ des actions éligibles à un financement au titre de la section IV du budget de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) pour permettre la mise en œuvre des engagements du plan Alzheimer sur ce point. La détermination des aidants éligibles à ces actions de formation, notamment pour les aidants des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, sera précisée par décret ;

b) Il prévoit la faculté pour la CNSA de prendre en charge une partie du coût du remplacement du salarié lorsque celui est en formation sur son temps de travail, et ainsi de permettre aux employeurs (EHPAD, SSIAD et SPASAD) d'améliorer la qualification de leurs salariés, sans désorganiser le service, tout en allégeant le coût de la formation pour ces structures. C'est un des enjeux majeurs du plan métiers dans la mesure où une des causes bien identifiées des difficultés d'accès à la formation continue dans les établissements et services accueillant des personnes âgées est le remplacement du salarié en formation (exemple : formation d'une durée d'un an pour le diplôme d'Etat d'aide-soignant) ;

c) Enfin, en écho à la mission de réflexion et de proposition confiée à Mme Valérie Rosso-Debord, députée, pour identifier les freins au développement de l'accueil familial salarié et proposer des améliorations au statut de celui-ci, cet article a pour objet de permettre le cofinancement par la CNSA des actions de formation des accueillants familiaux mis en œuvre par les employeurs ou les organismes paritaires collecteurs agréés.

Les modifications apportées à l'article L. 14-10-9 du code de l'action sociale et des familles visent à assurer la lisibilité des dispositifs mobilisés au titre de la formation.

a) Actuellement deux sections concourent au financement des actions de formation :

- la section IV qui est la section de droit commun pour le cofinancement des actions de formation des aides à domicile et des personnels des établissements et services médico-sociaux ;

- la section V dans les cas d'excédents de la section I, et uniquement pour le cofinancement d'actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants des ESSMS.

Il est proposé, par souci de lisibilité et de simplicité, de rassembler l'ensemble des moyens de formation dans la section IV du budget de la CNSA et de transférer à celle-ci, et non plus à la section V, la part des crédits résultant des excédents de l'exercice précédent utilisée à des actions de formation spécifiques ou ponctuelles ;

b) Cette disposition consiste également à lever les limitations d'emploi afin de financer des actions ponctuelles de préformation et de préparation à la vie professionnelle, des actions de tutorat, ainsi que des actions de professionnalisation des métiers et de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences pour les établissements et services médico-sociaux. Cette extension du champ de compétence de la CNSA constitue un levier important pour l'Etat afin de répondre aux objectifs fixés par le plan métiers du secteur médico-social de recrutement de 400 000 personnes à l'horizon 2015 et de structuration du secteur.

Article 47

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

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

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

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

« La victime dispose du droit d'action en justice contre l'office si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans un délai de six mois à compter du jour où l'office reçoit la justification complète des préjudices ou si elle juge cette offre insuffisante.

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

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

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

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

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

a) Les 4°, 5° et 6° deviennent les 5°, 6° et 7° ;

b) Il est rétabli un 4° ainsi rédigé :

« 4° Le versement d'indemnités en application de l'article L. 1221-14 ; »

c) L'article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

1° Le troisième alinéa de l'article L. 3111-9 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

2° La seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 3122-1 est remplacée par les dispositions suivantes :

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

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

VI. - Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 117 millions d'euros.

Exposé des motifs

Plusieurs milliers de patients ont été victimes d'une infection par l'hépatite C, à l'occasion d'une transfusion sanguine. Aujourd'hui, les indemnisations sont presque exclusivement réglées par l'action contentieuse, engagée par les victimes, alors même que l'imputabilité de l'infection à une transfusion est souvent avérée. Ce processus entraîne les victimes dans des procédures longues et coûteuses. De telles procédures occasionnent des dépenses de fonctionnement élevées : les frais de procédures sont parfois presque aussi importants que les montants des indemnisations versées à la victime. C'est pourquoi, il est proposé de faciliter le règlement amiable de ces litiges.

L'Etablissement français du sang (EFS), qui a aujourd'hui en charge la gestion de ce contentieux ne dispose pas en son sein des compétences nécessaires à ce nouveau mode de

traitement des litiges. C'est pourquoi il est proposé de confier cette mission à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM) qui dispose d'un savoir faire éprouvé afin d'engager dans toute la mesure du possible des procédures de règlement amiable. L'intégration de cette mission à l'ONIAM permettra, par ailleurs, de traiter, de façon plus cohérente, les situations, fréquentes, de double contamination par le virus de l'hépatite C et par le VIH.

Les moyens financiers nécessaires à cette nouvelle mission seront obtenus par versement d'une dotation à l'ONIAM par l'EFS qui restera comptable de ses activités de producteur de produits sanguins labiles.

L'accès à ce nouveau dispositif de règlement amiable est ouvert aux victimes ayant déjà intenté une action en justice contre l'EFS, à condition que la décision juridictionnelle ne soit pas passée en force de chose jugée. De même, à compter de la publication de la loi, les victimes qui souhaitent recourir à la voie juridictionnelle devront agir contre l'ONIAM et non plus contre l'EFS.

Il est enfin proposé de créer un conseil d'orientation commun aux trois missions spécifiques de l'ONIAM : indemnisation des victimes de vaccinations obligatoires, des victimes du VIH et de l'hépatite C d'origine transfusionnelle. Ce conseil, placé auprès du conseil d'administration de l'office, comprendra notamment des représentants des usagers concernés. Il aura notamment pour mission de fixer le cadre de l'indemnisation applicable en la matière. La création de ce conseil d'orientation a pour conséquence la suppression des commissions d'indemnisation des victimes de vaccinations obligatoires et des victimes du VIH d'origine transfusionnelle au sein de l'office, qui ne comprennent pas de représentants des usagers, ainsi que du conseil consultatif placé auprès du directeur pour l'indemnisation des victimes du VIH

Le VI de l'article fixe le montant de la dotation globale assurant le financement de l'ONIAM. Depuis sa création, les dotations de l'assurance maladie à l'ONIAM ont été de 70 millions d'euros par an de 2002 à 2004, 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.

Pour 2008, la dotation de l'assurance maladie s'est élevée à 50 millions d'euros, le fonds de roulement de l'ONIAM s'établissant fin 2007 à 98 millions d'euros, dont 21 millions d'euros de provisions.

Au vu des prévisions d'activité de l'office et de son fonds de roulement, la dotation nécessaire est évaluée à 117 millions d'euros.

Article 48

I. - Le montant de la participation des régimes d'assurance maladie au financement du fonds d'intervention de la qualité et la coordination des soins est fixé, pour l'année 2009, à 240 millions d'euros.

II. - Le *III ter* de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

III. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé, pour l'année 2009, à 190 millions d'euros.

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

Exposé des motifs

I. - Le fonds d'intervention de la qualité et la coordination des soins (FIQCS) a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007. Ses missions sont codifiées à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale. Ce fonds dédié au financement des initiatives rapprochant la médecine de ville et l'hôpital et aux réseaux de santé contribue aussi au financement de la mise en œuvre du DMP.

Le I de l'article a pour objet de fixer le montant de la dotation annuelle du FIQCS pour 2009.

II. et III. - Afin de tirer les conséquences de la modification du régime comptable de la mission tarification à l'activité opérée par le décret n° 2008-489 du 22 mai 2008 relatif à l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation, il convient de rendre cette agence éligible au financement par le fonds pour la modernisation des établissements de santé public et privés (FMESPP). Cette disposition permettra ainsi de couvrir une partie des frais de fonctionnement liés à la conception des modalités de financement des activités de soins des établissements de santé exercée par les services de l'agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

IV. - L'établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires (EPRUS) a été institué par la loi n° 2007-294 du 5 mars 2007 relative à la préparation du système de santé à des menaces sanitaires de grande ampleur. Cet établissement public de l'Etat à caractère administratif a pour mission, d'une part, la gestion de la réserve sanitaire et d'autre part, à la demande du ministre chargé de la santé, la constitution et la gestion d'un stock de produits et de services nécessaires à la protection de la population face à des menaces sanitaires graves ou pour répondre à des besoins de santé publique non couverts par ailleurs.

Le financement de l'EPRUS est assuré notamment par une subvention de l'Etat et une contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie qui ne peut excéder 50 % des dépenses de l'établissement public.

Le budget prévisionnel pour 2009 fait apparaître quatre postes de dépenses principaux pour l'établissement public :

- le budget de fonctionnement de l'établissement et les dépenses de personnel ;
- les dépenses liées à l'accroissement du stock suite aux acquisitions engagées en 2008 ainsi que celles liées au stockage des stocks existants ;
- le renouvellement des stocks, notamment pour ceux concernant des produits arrivant à péremption ;
- la constitution de la réserve sanitaire.

Dans le cadre du plan de réponse aux menaces sanitaires de grande ampleur, ces acquisitions et renouvellements des stocks jouent un rôle déterminant dans la préparation de la réponse du système de sécurité sanitaire à la survenue d'une pandémie grippale, d'une menace bioterroriste ou d'autres risques épidémiologiques tels que la méningite.

Article 49

Pour l'année 2009, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale à 185,6 milliards d'euros ;

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

Exposé des motifs

Le champ des objectifs de dépenses de la branche maladie pour l'exercice 2009 est le même que pour l'exercice 2008. L'évolution prévue des dépenses est de 3,7 % pour le régime général et 3,5 % pour l'ensemble des régimes.

Article 50

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

(en milliards d'euros)

	Objectif de dépense
Dépenses de soins de ville	73,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	50,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	6,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,7
Autres prises en charge	0,9
Total	157,6

Exposé des motifs

L'objectif national des dépenses d'assurance maladie proposé pour 2009 s'élève à 157,6 milliards d'euros. Cet objectif représente une progression de 3,3 % et une économie de 2,2 milliards d'euros par rapport à l'évolution tendancielle des dépenses sur ce champ. Ce taux permet, sans solliciter davantage les assurés dans le financement des dépenses de santé, et grâce aux efforts maintenus d'efficience et de performance, de poursuivre l'effort de modernisation du système de santé français et de financer les nouveaux besoins de santé. Les sous-objectifs correspondent à des progressions de 3,1 % sur les dépenses de soins de ville de 3,1 % également pour le secteur hospitalier et 6,3 % pour les établissements médico-sociaux.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse**Article 51**

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

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

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

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

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

Exposé des motifs

L'article autorise le Gouvernement à augmenter progressivement par décret le montant du minimum vieillesse entre 2009 et 2012 en le fixant à un niveau supérieur à celui qui résulterait de la revalorisation sur les prix prévue par la loi (article L. 816-2).

Ainsi, conformément à l'engagement pris par le Président de la République, et afin de réduire significativement les situations de pauvreté des personnes isolées de plus de soixante-cinq ans, le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) pour les personnes seules sera en 2012 supérieur de 25 % à ce qu'il était en 2007.

Article 52

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

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

« Le conjoint survivant ne peut bénéficier des dispositions du présent article que s'il a fait valoir les droits en matière d'avantage de vieillesse auxquels il peut prétendre auprès des régimes d'assurance vieillesse légalement obligatoires de base et complémentaires. »

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

III. - A l'article L. 643-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « et L. 353-3 » sont remplacés par les mots : « , L. 353-3 et L. 353-6 ».

IV. - Dans la section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural, il est inséré après l'article L. 732-51 un article L. 732-51-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-51-1.* - La pension de réversion est assortie d'une majoration lorsque le conjoint survivant atteint l'âge mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale et que la somme de ses avantages personnels de retraite et de réversion servis par les régimes d'assurance vieillesse légalement obligatoires de base et complémentaires n'excède pas un plafond fixé par décret. La majoration est égale à un pourcentage fixé par décret de la pension de réversion. Lorsque le total de cette majoration et de ces avantages excède ce plafond, la majoration est réduite à due concurrence du dépassement.

« Le conjoint survivant ne peut bénéficier des dispositions du présent article que s'il a fait valoir les droits en matière d'avantage de vieillesse auxquels il peut prétendre auprès des régimes d'assurance vieillesse légalement obligatoires de base et complémentaires. »

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

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

VII. - Les dispositions des I à IV sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2010.

Exposé des motifs

Conformément à l'engagement du Président de la République, le présent article a pour objet de porter les pensions de réversion servies aux veuves et aux veufs disposant de faibles pensions de retraite à 60 % de la retraite du conjoint décédé, grâce à la création d'une majoration de ces pensions de réversion.

Cette majoration sera attribuée aux titulaires de pensions de réversion âgés d'au moins soixante-cinq ans et dont les droits propres et les droits dérivés sont inférieurs à un seuil qui sera fixé par décret à 800 €. Cette mesure s'ajoutera aux autres dispositions permettant de mettre en œuvre l'engagement du Président de la République portant sur la revalorisation des retraites les plus modestes, en particulier des veufs et veuves (notamment augmentation du minimum vieillesse de 25 % d'ici à 2012 et revalorisation des pensions agricoles).

Compte tenu des délais nécessaires pour mettre en œuvre les échanges d'information indispensables à cette mesure, la majoration s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2010.

Par ailleurs, conformément aux orientations annoncées par le Gouvernement le 28 avril dernier et à la suite des travaux parlementaires sur ce sujet, le présent article rétablit une condition d'âge pour bénéficier de la pension de réversion, qui sera fixée par décret à cinquante-cinq ans, comme dans les régimes complémentaires. Le décret maintiendra cependant l'âge actuel de cinquante et un ans pour les personnes devenues veuves avant le 1^{er} janvier 2009, afin de ne pas modifier la situation des veufs et veuves titulaires d'une pension de réversion à cette date.

Pour les personnes confrontées au veuvage et qui ne rempliront pas la condition d'âge pour bénéficier d'une pension de réversion, l'allocation veuvage, servie par le régime général, le régime des salariés agricoles et le régime des exploitants agricoles, sera maintenue à titre transitoire jusqu'au 31 décembre 2010. La prise en charge du veuvage précoce sera revue d'ici cette échéance après une large concertation associant l'ensemble des acteurs concernés, sur la base notamment du rapport sur les avantages conjugaux et familiaux que doit rendre le Conseil d'orientation des retraites d'ici la fin de l'année.

Article 53

I. - Le paragraphe 5 de la sous-section 1 de la section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural est remplacé par les dispositions suivantes :

*« Paragraphe 5
« Majoration des retraites.*

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

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

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

« Les personnes mentionnées ci-dessus ne peuvent bénéficier de la majoration que si elles ont fait valoir l'intégralité des droits en matière d'avantage de vieillesse auxquels elles peuvent prétendre auprès des régimes d'assurance vieillesse légalement obligatoires de base et complémentaires.

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

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

« *Art. L. 732-54-3.* - Lorsque le montant de la majoration de pension prévue à l'article L. 732-54-2 augmentée du montant des pensions de droit propre et de droit dérivé servies à l'assuré par les régimes de base et par les régimes complémentaires légalement obligatoires d'assurance vieillesse excède un plafond, fixé par décret, la majoration de pension est réduite à due concurrence du dépassement.

« Pour le service de la majoration de pension, le montant des pensions de droit propre et de droit dérivé servies à l'assuré par les régimes de base et par les régimes complémentaires légalement obligatoires d'assurance vieillesse est contrôlé en fonction des pensions déclarées à l'administration fiscale, qui fournit les données nécessaires à cet effet à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole.

« Le montant de la majoration est revalorisé annuellement dans des conditions fixées par décret.

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

II. - Les dispositions du I sont applicables aux pensions dues à compter du 1^{er} janvier 2009.

III. - Le code rural est ainsi modifié :

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

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

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

b) après la première phrase il est ajouté une deuxième phrase ainsi rédigée : « Les dispositions du présent alinéa sont également applicables à la personne liée par un pacte civil de solidarité au chef d'exploitation ou d'entreprise agricole qui a opté pour le statut de collaborateur prévu à l'article L. 321-5. » ;

3° Le dernier alinéa de l'article L. 732-34 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

a) Le premier alinéa du I est remplacé par les dispositions suivantes :

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

b) La deuxième phrase du quatrième alinéa est supprimée.

IV. - La sous-section 1 de la section III du chapitre III du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 173-1-1 ainsi rédigé :

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

Exposé des motifs

Depuis une quinzaine d'années, les pouvoirs publics se sont efforcés d'améliorer la situation des retraités de l'agriculture. Un plan pluriannuel de revalorisation des retraites a été mis en œuvre à partir de 1994. Il avait pour objectif de porter au niveau du minimum vieillesse la pension de vieillesse des retraités qui ont accompli toute leur carrière en agriculture. L'objectif du plan a été atteint, mais un grand nombre d'exploitants et d'épouses d'exploitants à carrière incomplète n'ont pas bénéficié des mesures de revalorisation successives. Selon les statistiques de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA), 91 % des veuves d'agriculteurs sans droits propres ont une pension de moins de 400 € par mois.

C'est la raison pour laquelle le Président de la République s'est engagé à réduire les « poches de pauvreté » dans lesquelles se trouvent en particulier les conjointes et les veuves. Pour traduire cet engagement, le ministre de l'agriculture et de la pêche a installé le 15 février 2008 un groupe de travail réunissant les organisations professionnelles et les principales associations de retraités agricoles. L'objectif des travaux du groupe était de dégager des mesures prioritaires susceptibles de remédier aux situations les plus délicates tout en tenant compte de la nécessité de garantir la pérennité financière du régime.

A la suite des travaux de ce groupe, le Premier ministre a annoncé le 9 septembre 2008 une mesure de revalorisation des retraites agricoles.

Cette mesure modifie l'actuel dispositif et le simplifie. Elle supprime, dès le 1^{er} janvier 2009 les coefficients de minoration des revalorisations comme le souhaitaient de longue date les retraités et abaisse le seuil de durée de carrière agricole pour ouvrir le droit à la revalorisation.

Elle consiste à garantir un montant minimum de retraite pour les agriculteurs à carrière incomplète, proportionnel à la durée de cotisation. Ce minimum de retraite sera égal à 633 € par mois pour les chefs d'exploitation et pour les veuves et à 503 € par mois pour les conjoints. Cette mesure s'adresse à tous ceux dont les pensions, tous régimes confondus, ne dépassent pas 750 € par mois et qui ont fait valoir leurs droits à retraite dans tous les régimes dont ils ressortissaient.

La mesure sera mise en œuvre en deux temps. Le 1^{er} janvier 2009 elle s'appliquera aux 197 000 retraités ayant plus de 22,5 ans de carrière dans l'agriculture. Le 1^{er} janvier 2011, elle sera étendue à ceux qui justifient au moins de 17,5 années de carrière agricole, soit 35 000 personnes.

Cet article propose également de supprimer la qualité de conjoint participant. Les conjoints d'exploitants, lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle, sont présumés participer aux travaux de l'exploitation. A ce titre, ils bénéficient de la retraite forfaitaire. En 1999, la création de la qualité de collaborateur a permis aux assurés ayant opté pour cette qualité de recevoir la retraite proportionnelle en sus de la retraite forfaitaire. Un dispositif spécifique de revalorisation permet, sous certaines conditions, que leur pension soit portée au niveau du minimum vieillesse 2. Les conjoints participants aux travaux qui n'ont pas opté dans les délais impartis, entre 1999 et 2001, sont exclus du bénéfice de cette revalorisation et leur pension n'atteindra pas ce niveau.

Or, si la qualité de conjoints participants ne peut plus être acquise depuis 1999, certains assurés ont conservé cette qualité. Ils étaient 8 020 au 1^{er} janvier 2006. Aussi, compte tenu de la modicité du montant de la pension qui leur sera servie, au terme d'une carrière agricole complète, il est préférable de modifier cette situation.

Pour améliorer les droits à retraite des conjoints participants, il est proposé qu'ils optent obligatoirement pour la qualité de collaborateur du chef d'exploitation ou d'entreprise agricole, de salarié de l'exploitation ou de l'entreprise agricole ou de chef d'exploitation ou d'entreprise agricole.

Cette mesure répond à l'engagement du Président de la République de réduire les poches de pauvreté où se trouvent les conjointes d'exploitants.

Article 54

I. - Les deux premiers alinéas de l'article L. 161-23-1 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Le coefficient annuel de revalorisation des pensions de vieillesse servies par le régime général et les régimes alignés sur lui est fixé, au 1^{er} avril de chaque année, conformément à l'évolution prévisionnelle en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac prévue, pour l'année considérée, par une commission dont la composition et les modalités d'organisation sont fixées par décret.

« Si l'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac de l'année considérée établie à titre définitif par l'Institut national de la statistique et des études économiques est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement du coefficient fixé au 1^{er} avril de l'année suivante, égal à la différence entre cette évolution et celle initialement prévue.

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

III. - L'article L. 16 du code des pensions civiles et militaires de retraite est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 643-1 est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

V. - A l'article 13 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, les mots : « 1^{er} janvier » sont remplacés par les mots « 1^{er} avril ».

Exposé des motifs

Le mécanisme actuel d'indexation des pensions de retraite a montré ses limites fin 2007 et début 2008 dans un contexte d'accélération de l'inflation. Pour répondre aux demandes des partenaires sociaux et des associations de retraités, qui souhaitent que la revalorisation se fonde sur les prévisions d'inflation les plus fiables et les plus récentes, le Gouvernement a proposé qu'elle intervienne désormais au 1^{er} avril de chaque année, soit à la même date que pour les régimes complémentaires AGIRC-ARRCO.

Ce mécanisme permettra à l'avenir de garantir de façon plus satisfaisante le pouvoir d'achat des retraités, d'une part en prenant en compte l'inflation réellement constatée pour l'année précédente (aujourd'hui, un éventuel écart par rapport à la dernière prévision ne donne pas lieu à revalorisation), d'autre part en tenant compte, pour l'année en cours, d'une prévision d'inflation actualisée établie par la commission économique de la nation.

La composition de la conférence tripartite sur l'évolution du niveau des pensions est élargie de façon à ce que son champ soit étendu aux régimes de la fonction publique et aux régimes spéciaux.

L'article aligne en outre les règles de revalorisation de la valeur de service du point dans le régime d'assurance vieillesse des professions libérales sur celles du régime général. Il répond ainsi à la demande de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales de simplifier le dispositif de revalorisation des pensions.

Article 55

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

II. - La sous-section 2 de la section 3 du chapitre III du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 173-2 ainsi rédigé :

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

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

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

III. - Il est inséré après l'article L. 351-10 du code de la sécurité sociale un article L. 351-10-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 351-10-1.* - L'assuré ne peut bénéficier des dispositions de l'article L. 351-10 que s'il a fait valoir les droits en matière d'avantage de vieillesse auxquels il peut prétendre au titre de dispositions législatives ou réglementaires françaises ou étrangères, des conventions internationales, ainsi que des régimes propres aux organisations internationales. »

IV. - A l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « à L. 351-10 » sont remplacés par les mots : « à L. 351-10-1 ».

V. - Les dispositions du I du présent article sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} avril 2009. Les dispositions des II et III sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2010.

Exposé des motifs

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a introduit une majoration du minimum de pension contributif au titre des périodes cotisées, de manière à atteindre en 2008 l'objectif d'un taux de remplacement de 85 % du SMIC net pour un assuré ayant accompli une carrière complète, cotisée au SMIC et à temps plein.

Le Gouvernement entend reconduire jusqu'en 2012 cet objectif sur la base d'hypothèses consensuelles (carrière complète, taux moyen ARRCO et taux réduit de CSG). Les revalorisations de la majoration du minimum de pension contributif nécessaires pour atteindre cet objectif seront prises par voie réglementaire.

Afin que ce dispositif bénéficie réellement aux assurés ayant une petite retraite malgré une durée de cotisation significative, cet article prévoit, d'une part, que la majoration sera désormais ciblée sur les assurés ayant une durée de cotisation minimale fixée par décret et, d'autre part, que le minimum de pension contributif sera désormais attribué aux assurés dont la retraite totale (retraite de base et retraite complémentaire pour l'ensemble des régimes) n'excède pas un montant fixé par décret. Les délais nécessaires pour mettre en œuvre les échanges d'informations entre régimes de retraite conduisent à reporter l'entrée en vigueur de cette seconde mesure au 1^{er} juillet 2010.

Ces évolutions sont cohérentes avec le diagnostic formulé par le Conseil d'orientation des retraites et les préconisations de la Cour des comptes dans son rapport de septembre 2008 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

Article 56

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

« *Sous-section 9*
« **Rachat**

« *Art. L. 173-7.* - Les versements mentionnés au premier alinéa des articles L. 351-14-1, L. 634-2-2, L. 643-2 et L. 723-10-3 du présent code et de l'article L. 732-27-1 du code rural et au cinquième alinéa de l'article L. 9 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite, ainsi que ceux prévus par des dispositions réglementaires ayant le même objet, ne sont pas pris en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 634-3-2 et L. 634-3-3, du II des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, des articles L. 732-18-1 et L. 732-18-2 du code rural et du 5^o du I de l'article L. 24 et de l'article L. 25 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite »

II. - Au deuxième alinéa de l'article L. 742-3 du code rural, les mots : « Les dispositions suivantes », sont remplacés par les mots : « L'article L. 173-7 du code de la sécurité sociale et les dispositions suivantes ».

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

IV. - Sont abrogés :

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

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

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

Exposé des motifs

Le dispositif de retraite anticipée créée par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites est une mesure de justice sociale destinée aux assurés ayant débuté précocement leur vie professionnelle et ayant réalisé une carrière longue, matérialisée par une durée d'assurance importante.

Depuis l'entrée en vigueur du dispositif, certains assurés utilisent le dispositif de versement pour la retraite (« rachat ») pour augmenter leur durée d'assurance et remplir les conditions pour un départ avant soixante ans. Or les trimestres achetés au titre de périodes d'études supérieures ou d'années d'activité incomplète ne correspondent pas à des trimestres validés au titre d'une activité professionnelle effective.

C'est pourquoi la présente mesure vise à ne plus tenir compte de ces trimestres pour l'ouverture du droit à retraite anticipée c'est-à-dire pour un départ avant soixante ans. En revanche, les trimestres rachetés continueront à être pris en compte pour les autres paramètres de calcul de la pension.

Article 57

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

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

2° Il est ajouté les alinéas suivants :

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

« Le bénéfice des dispositions ci-dessus est subordonné :

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

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

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

« Ne peuvent se prévaloir des dispositions ci-dessus :

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

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

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

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

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

II. - Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2010.

Exposé des motifs

La présente mesure a pour objet d'améliorer les droits à retraite des artisans et commerçants.

Ces droits dépendent logiquement des cotisations versées par les intéressés. Mais ces cotisations ne suffisent pas toujours à valider une année complète alors même que l'assuré a effectivement exercé son activité tout au long de l'année. En effet, les cotisations sont calculées sur le revenu du chef d'entreprise, qui peut être très faible au regard du temps consacré à l'activité professionnelle, voire nul. Il existe une cotisation minimale (281 € pour 2008), mais elle ne permet de valider qu'un seul trimestre.

Le présent article de loi instaure un dispositif qui permettra au chef d'entreprise, s'il le souhaite, d'améliorer sa durée d'assurance en complétant les années d'activité où il n'a pas validé quatre trimestres. Cette possibilité sera ouverte aux assurés en fonction de leur durée d'affiliation aux régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales et moyennant un versement égal à la cotisation minimale précitée, la solidarité interne au régime supportant la différence entre ce versement et le coût effectif du rachat grâce à une fraction des cotisations d'assurance vieillesse supplémentaires dont s'acquitteront les artisans et commerçants à compter de 2009.

Article 58

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

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

2° Avant les mots : « des salariés âgés » sont insérés les mots : « et l'emploi » ;

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

« *CHAPITRE VIII TER*

« *PENALITES*

« *Section 1*

« *Accords en faveur de l'emploi des salariés âgés*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III. - Au premier alinéa de l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux articles L. 137-10 et L. 137-12 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 137-10 et L. 137-12, par la pénalité prévue à l'article L. 138-24.

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

Exposé des motifs

Cet article vise à mobiliser les partenaires sociaux, au niveau des entreprises, des groupes et des branches, afin de définir et de mettre en œuvre rapidement des actions en faveur du maintien dans l'emploi des salariés âgés.

Ils sont ainsi invités à conclure avant 2010 des accords comprenant :

- un objectif chiffré librement défini dans le cadre de la négociation ;

- au moins trois actions en faveur de l'emploi des salariés âgés librement choisies et adaptées aux spécificités de l'entreprise ou du secteur : par exemple tutorat, actions de formation, temps partiel de fin de carrière, amélioration des conditions de travail, aménagements de postes, bilans de compétence, etc. ;

- des modalités de suivi de cet objectif et de ces actions.

A défaut d'accord, les entreprises pourront élaborer un plan d'action répondant aux mêmes exigences après consultation des institutions représentatives du personnel.

A compter du 1^{er} janvier 2010, les entreprises non couvertes par un accord ou, à défaut, par un plan d'action en faveur de l'emploi des salariés âgés seront soumises à une pénalité égale à 1 % des rémunérations versées.

Cette pénalité ne s'appliquera pas aux entreprises de moins de cinquante salariés. Les entreprises de moins de trois cents salariés n'y seront pas soumises non plus si, à défaut d'accord ou de plan d'action établi à leur niveau, un accord de branche a été conclu.

Afin de sécuriser juridiquement les entreprises concernées, une procédure de rescrit est mise en place en vue de leur permettre de s'assurer que l'accord ou le plan d'action qu'elles ont élaboré répond au cahier des charges fixé par la loi. Par ailleurs, il est prévu de publier en l'actualisant régulièrement la liste des accords de branches en vigueur.

Article 59

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

1° Au premier alinéa, le mot : « définitive » est supprimé dans ses deux occurrences ;

2° Après le troisième alinéa, il est inséré trois alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation aux deux précédents alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse auprès de la totalité des régimes de retraite légalement obligatoires de base et complémentaires dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

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

« 2° A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. »

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

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

« Par dérogation aux trois précédents alinéas, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse auprès de la totalité des régimes de retraite légalement obligatoires de base et complémentaires dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

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

« 2° A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. »

IV. - Il est inséré après l'article L. 723-11 du code de la sécurité sociale un article L. 723-11-1 ainsi rédigé :

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

« Par dérogation au précédent alinéa, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse auprès de la totalité des régimes de retraite légalement obligatoires de base et complémentaires dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

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

« 2° A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. »

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

1° Le troisième alinéa est supprimé ;

2° Après le quatrième alinéa, il est inséré trois alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation aux deux premiers alinéas, sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse auprès de la totalité des régimes de retraite légalement obligatoires de base et complémentaires dont il a relevé, une pension de vieillesse peut être entièrement cumulée avec une activité donnant lieu à assujettissement au régime de protection sociale des non-salariés des professions agricoles dans les conditions mentionnées au deuxième alinéa de l'article L. 722-5 ou en fonction de coefficients d'équivalence fixés pour les productions hors-sol mentionnés à l'article L. 312-6 :

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

« 2° A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. » ;

3° L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

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

VI. - Après le deuxième alinéa de l'article L. 84 du code des pensions civiles et militaires de retraite, il est inséré trois alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation au précédent alinéa, et sous réserve que l'assuré ait liquidé ses pensions de vieillesse auprès de la totalité des régimes de retraite légalement obligatoires de base et complémentaires dont il a relevé, une pension peut être entièrement cumulée avec une activité professionnelle :

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

« 2° A partir de l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, lorsque l'assuré justifie d'une durée d'assurance et de périodes reconnues équivalentes mentionnée au deuxième alinéa du même article au moins égale à la limite mentionnée au même alinéa. »

Exposé des motifs

Conformément à l'engagement présidentiel, et dans le cadre de la mobilisation nationale pour l'emploi des seniors, le présent article vise à lever les obstacles qui empêchent aujourd'hui les retraités qui le souhaitent de reprendre librement une activité professionnelle, tout en veillant à ne pas inciter les assurés à liquider leur pension prématurément.

Ainsi les retraités, sous réserve qu'ils aient liquidé l'ensemble de leurs pensions auprès des régimes de retraite obligatoires dont ils ont relevé, pourront désormais cumuler sans aucune restriction leur pension et le revenu d'une activité professionnelle à partir de 60 ans s'ils ont cotisé la durée nécessaire pour bénéficier d'une retraite à taux plein ou, à défaut, à partir de 65 ans.

Les règles de cumul d'un emploi et d'une retraite actuellement en vigueur pour chaque régime seront maintenues pour les assurés ne respectant pas ces conditions.

Article 60

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

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

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

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

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

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

3° Au quatrième alinéa, les mots : « Le coefficient de majoration est de 0,75 % » sont remplacés par les mots : « Le coefficient de majoration est de 1,25 % ».

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

Exposé des motifs

La loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a créé la surcote, qui permet de majorer la pension des assurés qui poursuivent une activité professionnelle au-delà de l'âge légal et de la durée requise pour bénéficier du taux plein.

Dans le cadre de la mobilisation en faveur de l'emploi des seniors, le Gouvernement souhaite favoriser la prolongation d'activité des seniors en rendant la surcote plus attractive, à travers deux améliorations.

Aux termes du présent article, le bénéfice de la surcote sera élargi aux personnes qui bénéficient du minimum de pension contributif (elles en sont aujourd'hui exclues de fait, car la surcote est calculée avant et non pas après que leur pension ait été portée au minimum).

En outre, le taux de surcote, égal à 3 % par an la première année, 4 % les années suivantes et 5 % après soixante-cinq ans, sera porté par décret avant la fin de l'année à 5 % pour toutes les années travaillées à compter du 1^{er} janvier 2009. Une personne atteignant le taux plein à soixante ans mais poursuivant son activité pendant 5 ans verra ainsi sa pension majorée de 25 %.

Enfin, les règles applicables dans la fonction publique sont harmonisées avec celles du secteur privé.

Article 61

I. - Les articles L. 1237-5 à L. 1237-8 du code du travail sont abrogés à compter du 1^{er} janvier 2010.

II. - Par dérogation au I, les dispositions des articles L. 1237-5 à L. 1237-8 du code du travail dans leur rédaction antérieure à la présente loi demeurent applicables :

1^o Dans le cadre d'une convention de préretraite progressive conclue antérieurement au 1^{er} janvier 2005 ;

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

3^o Pour les bénéficiaires de tout avantage de préretraite défini antérieurement à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et ayant pris effet avant le 1^{er} janvier 2010 ;

4^o Jusqu'au 31 décembre 2009, dans le cadre d'une convention ou d'un accord collectif conclu et étendu avant le 22 décembre 2006, déterminant des contreparties en termes d'emploi ou de formation professionnelle et prévoyant la possibilité d'une mise à la retraite d'office d'un salarié à un âge inférieur à celui fixé au 1^o de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale, dès lors que le salarié peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein, et que cet âge n'est pas inférieur à celui fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du même code.

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

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

Exposé des motifs

Afin de favoriser l'emploi des seniors, il convient de permettre à chaque salarié de pouvoir retarder, s'il le souhaite, le moment de son départ en retraite. Le présent article supprime en conséquence à compter du 1^{er} janvier 2010 la possibilité pour un employeur de mettre d'office un salarié en retraite. Ainsi, la décision du passage de l'activité à la retraite relèvera désormais du seul choix du salarié quel que soit son âge ce qui permettra à ceux qui le souhaitent de prolonger leur activité professionnelle et de bénéficier de la surcote.

A titre transitoire, les accords de branche conclus et étendus avant le 22 décembre 2006 et prévoyant la mise à la retraite des salariés âgés de moins de soixante-cinq ans continueront de s'appliquer jusqu'au 31 décembre 2009. La mise à la retraite demeurera également possible dans le cadre d'accords de préretraite progressive et pour les cessations anticipées de certains travailleurs salariés (CATS) ayant pris effet avant le 1^{er} janvier 2010.

Afin de mieux suivre le comportement des entreprises sur l'emploi des seniors, le présent article complète également les informations sur les sorties d'activité des salariés âgés que les employeurs doivent transmettre aux URSSAF et dont le défaut de production entraîne l'application d'une pénalité affectée à la CNAV.

Article 62

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

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

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

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

II. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2010.

Exposé des motifs

Des limites d'âge empêchent aujourd'hui certains fonctionnaires de prolonger leur activité professionnelle alors même qu'ils le souhaiteraient et qu'ils n'ont pas encore atteint l'âge de 65 ans.

Dans le cadre de la mobilisation pour l'emploi des seniors, et afin de rendre à chacun la liberté de travailler et de choisir le moment de son départ en retraite, le Gouvernement entend supprimer ces clauses « couperets » dans la fonction publique, comme il l'a déjà fait à l'occasion de la réforme des régimes spéciaux. Les agents qui le souhaitent pourront désormais être maintenus en activité sur leur demande et sous réserve de leur aptitude physique.

Ces dispositions s'appliqueront à compter du 1^{er} janvier 2010.

Article 63

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

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

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

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

b) Ou remplir, au regard du territoire sur lequel l'intéressé justifie de sa résidence effective, les critères d'éligibilité retenus pour l'octroi des congés bonifiés à leur bénéficiaire principal ;

2° et justifier du nombre de trimestres nécessaire pour obtenir le pourcentage de la pension mentionné à l'article L. 13 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

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

Les pensionnés dont la date d'effectivité de la résidence aura été attestée auprès du comptable local après le 13 octobre 2008 seront éligibles au versement de l'indemnité temporaire au titre du présent II.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Exposé des motifs

Le présent article réforme le bénéfice de l'indemnité temporaire, octroyé aux fonctionnaires et militaires relevant du code des pensions civiles et militaires de retraite par le décret n° 52-1050 du 10 septembre 1952 ainsi qu'aux militaires invalides par le décret n°54-1293 du 24 décembre 1954 qui établissent leur résidence à La Réunion, à Mayotte, à Saint-Pierre-et-Miquelon, en Nouvelle-Calédonie, à Wallis-et-Futuna et en Polynésie française. Les fonctions publiques territoriale et hospitalière, ainsi que les départements français des Antilles ne sont donc pas dans le champ de ce dispositif.

Environ 33 000 personnes perçoivent cette indemnité temporaire, pour un montant total estimé en 2008 à 315 millions d'euros. Il progresse de 9,5 % par an. La moitié des bénéficiaires résident à La Réunion, et la moitié du coût est généré par les indemnités servies dans le Pacifique. Selon le territoire concerné, la majoration est de 35 % à 75 % du principal de la pension.

Dans le système actuellement en vigueur, son versement n'est pas lié au fait d'avoir exercé outre-mer pendant tout ou partie de sa carrière.

Ce dispositif a été vivement critiqué dans de nombreux rapports (Cour des comptes - 2003, Rapport d'audit de modernisation - septembre 2006) en raison de son caractère coûteux et inéquitable, dans le contexte des efforts demandés à l'ensemble des cotisants pour préserver les régimes de retraites. Il a donné lieu à de précédents débats en séance publique au Parlement, notamment lors de l'examen des projets de loi de finances de 2005 à 2008.

Le Gouvernement s'est engagé à proposer une réforme progressive et équilibrée, dans des conditions permettant de tenir compte des engagements qu'ont pu prendre les pensionnés actuels ou les agents qui s'appêtent à liquider leurs pensions.

Il est donc proposé :

- de réserver, au jour de l'entrée en vigueur de la réforme, l'octroi de l'indemnité aux pensionnés ayant noué un lien avec la collectivité d'outre-mer dans le cadre de leur vie professionnelle : l'éligibilité au dispositif sera ainsi conditionnée à quinze ans de services effectifs dans les territoires concernés ou parce que le pensionné y trouve ses centres d'intérêt matériels et moraux ;

- l'indemnité servie aux nouveaux bénéficiaires sera plafonnée, dès 2009, à 8.000 € par an, ce plafond étant progressivement diminué pour les entrées s'effectuant à partir du 1^{er} janvier 2019 ;

- un arrêt des entrées nouvelles dans le dispositif au 1^{er} janvier 2028.

Les pensionnés entrés dans le dispositif avant le 1^{er} janvier 2009 continueront de percevoir l'indemnité temporaire dans la limite d'un plafond qui sera porté à 10 000 € par an à la Réunion, à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon et à 18 000 € en Nouvelle-Calédonie, en Polynésie Française et à Wallis-et-Futuna au terme des 10 prochaines années.

La progressivité de la réforme permettra d'engager la réflexion sur la création éventuelle d'un dispositif de retraite complémentaire, qui fera l'objet d'une expertise approfondie, avant d'être le cas échéant soumis à concertation.

Cette réforme progressive de l'indemnité temporaire ne doit pas avoir d'impact sur les économies ultramarines. Un soutien à des opérations structurantes pour l'aménagement du territoire et le développement économique de l'outre-mer sera engagé dans le même temps.

Article 64

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

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

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

Exposé des motifs

Les objectifs de dépenses retenus pour le champ vieillesse correspondent à des taux de progression de 5 % pour l'ensemble des régimes et pour le régime général par rapport à 2008.

Section 3

Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles**Article 65**

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

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

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

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

b) Il est complété par deux phrases ainsi rédigées : « Toutefois les tarifs des produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 et délivrés en application du 1° de l'article L. 431-1 sont majorés par application d'un coefficient déterminé par arrêté dans la limite des frais réellement exposés lorsque leur prix n'est pas fixé conformément aux dispositions de l'article L. 165-3. Ce coefficient s'applique également à la cotation des prothèses dentaires établie dans la liste prévue à l'article L. 162-1-7. » ;

3° L'article L. 432-5 est abrogé.

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

Exposé des motifs

La présente mesure a pour objet de transposer la disposition de l'accord des partenaires sociaux du 25 avril 2007, relatif à l'amélioration de la prévention, de la tarification et de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP), qui prévoit l'amélioration de la prise en charge de certains frais de santé engagés par la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

La branche AT-MP prend actuellement en charge l'ensemble des frais de produits et prestations liés à l'accident dans la limite des tarifs de responsabilité applicables en matière d'assurance maladie (base de prise en charge).

Le faible pourcentage de prise en charge de certaines prestations (notamment les prothèses dentaires et auditives, les frais d'optique, les dispositifs médicaux individuels tels que fauteuils roulants pour handicapés) s'explique par le décalage existant entre le prix de vente de ces matériels ou la tarification pratiquée pour les prestations et leur base de remboursement. Afin d'améliorer la prise en charge effective de ces dépenses, la présente disposition autorise une majoration du niveau de prise en charge en appliquant un taux multiplicateur qui sera déterminé par arrêté ministériel.

Cette majoration sera applicable aux tarifs des produits de la liste des produits et prestations (LPP) pour lesquels il n'existe pas de prix administré et aux tarifs de l'ensemble des prothèses dentaires, établis à partir du montant de la cotation qui leur est affectée dans la nomenclature générale des actes professionnels.

Article 66

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

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

« L'indemnité journalière peut également être maintenue, après avis du médecin-conseil, lorsque la victime demande à accéder durant son arrêt de travail, avec l'accord du médecin traitant, aux actions de formation professionnelle continue prévues à l'article L. 6313-1 du code du travail. La caisse informe l'employeur et le médecin du travail si elle décide de maintenir l'indemnité.

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

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

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

« Le contrat de travail est aussi suspendu au cours de l'arrêt de travail mentionné au quatrième alinéa de l'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale et donnant lieu à une action de formation professionnelle continue prévue à l'article L. 6313-1 du présent code. »

Exposé des motifs

Lorsqu'un salarié devient inapte au travail à la suite à un accident du travail ou d'une maladie professionnelle, l'article L. 432-9 du code de la sécurité sociale prévoit la possibilité d'actions de rééducation professionnelle et précise les modalités de rémunération, notamment celles relatives au maintien de l'indemnité journalière ou de la rente et du paiement du supplément d'indemnité.

Cependant ces possibilités ne sont ouvertes qu'après la constatation de l'inaptitude par le médecin du travail.

Or, plus les difficultés de reprise du travail sont détectées tôt par le service médical, le service social, la caisse primaire ou par le médecin du travail à l'occasion d'une visite de pré-reprise, plus il est possible d'anticiper des solutions visant à la réinsertion professionnelle de la victime, notamment en lui permettant de bénéficier d'actions de formation professionnelle pendant son arrêt de travail, si son état de santé l'y autorise et si elle le souhaite.

La première mesure prévue au I du présent article consiste donc à permettre à la caisse primaire, durant l'arrêt de travail, de poursuivre le versement d'indemnités journalières au salarié, tout en l'autorisant à accéder à des actions de formation professionnelle de nature à faciliter sa réinsertion.

Les dispositions des II et III organisent la couverture sociale de ces personnes (II) et modifient le code du travail en conséquence (III).

La seconde mesure prévue au I s'inscrit dans le cadre de l'accord des partenaires sociaux du 25 avril 2007 relatif à l'amélioration de la prévention, de la tarification et de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP), qui recommandait de mettre en place un revenu de remplacement entre la date de reconnaissance de l'inaptitude de la victime d'un AT-MP et la date de mise en œuvre de la décision de l'employeur concerné de la reclasser dans l'entreprise ou de la licencier.

Le présent article propose que pendant cette période, qui ne peut excéder trente jours, la victime continue à bénéficier des indemnités journalières qu'elle percevait durant son arrêt de travail.

Article 67

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

II. - Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 880 millions d'euros au titre de l'année 2009.

III. - Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 315 millions d'euros au titre de l'année 2009.

Exposé des motifs

I et II. - Les prévisions d'activité et de dépenses du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) conduisent à maintenir le montant de sa dotation atteinte en 2008, soit 850 millions d'euros qui lui permettent de faire face à ses charges.

Le FCAATA est également financé par une contribution à la charge des entreprises, dont les salariés exposés à l'amiante bénéficient de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, qui a depuis sa mise en œuvre un rendement peu élevé de l'ordre de 30 millions d'euros par an.

Le recouvrement de cette contribution présente de grandes difficultés d'identification des entreprises redevables et, au-delà, lorsque celles-ci sont identifiées de nombreux contentieux générés par leur incompréhension devant l'obligation d'assumer les conséquences d'une charge résultant de reprises successives d'établissements anciens utilisateurs de l'amiante. Pour les mêmes raisons, elle constitue un obstacle à la reprise de l'activité des sociétés en redressement ou en liquidation judiciaire.

En conséquence, il est proposé de la remplacer par une augmentation à due concurrence de la dotation de la branche AT-MP supportée par une majoration des cotisations AT-MP de l'ensemble des employeurs.

Compte tenu de l'ensemble de ces éléments, la contribution de la branche AT-MP est fixée à 880 millions d'euros au titre de l'année 2009.

III. - Les dépenses d'indemnisation du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) pour 2008 sont estimées à 377 millions d'euros et le résultat net escompté pour l'exercice 2008 est de 21 millions d'euros, ce qui conduirait à un résultat cumulé du fonds excédentaire de 327 millions d'euros.

Compte tenu des difficultés rencontrées par le FIVA pour respecter les délais de traitement réglementaires des dossiers, une mission de l'inspection générale des affaires sociales et de l'inspection générale des finances a été diligentée en 2008 afin de réaliser un audit du FIVA. Le rapport provisoire préconise la mise en place d'une cellule d'urgence et un renforcement à terme des effectifs ainsi qu'une simplification des procédures pour le paiement des offres. Ces dispositifs devraient permettre une accélération du traitement des dossiers en attente qui conduiront à une augmentation du montant global d'indemnisation en 2009. Le montant du fonds de roulement prévisionnel qui s'élève à 327 millions d'euros permettra d'absorber cette évolution et de maintenir le même montant de dotation pour 2009.

La dotation de la branche AT-MP est donc reconduite à hauteur de 315 millions d'euros.

Article 68

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

Exposé des motifs

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

La commission prévue à l'article L. 176-2 du même code, chargée d'évaluer le montant annuel résultant de cette sous-déclaration, a tenu ses travaux au cours du second trimestre 2008 sous la présidence de M. DIRICQ, conseiller-maître à la Cour des comptes, et a rendu son rapport en juillet 2008 au Gouvernement et au Parlement. Sur la base de nouvelles études, la commission évalue le montant de la sous-déclaration dans une fourchette comprise entre 565 et 1 015 millions d'euros.

Suivant les recommandations de ce rapport, il est donc proposé d'augmenter le montant de la compensation versée par la branche AT-MP à l'assurance maladie au titre de la sous-déclaration de ces accidents et maladies et de fixer le versement pour 2009 à 710 millions d'euros.

Article 69

Pour l'année 2009, les objectifs de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 13,0 milliards d'euros ;

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

Exposé des motifs

Les objectifs de dépenses retenus pour le champ des accidents du travail et des maladies professionnelles correspondent à des taux de progression de 7,3% pour le régime général et 6,4% pour l'ensemble des régimes par rapport à 2008. Ces évolutions sont respectivement de 4,5% et 3,9% lorsqu'on ne tient pas compte de la hausse des transferts entre la branche accidents du travail et maladies professionnelles et la branche maladie.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille**Article 70**

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

II. - A titre transitoire, la Caisse nationale des allocations familiales prend en charge une fraction des dépenses mentionnées au 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale égale à 70 % pour l'année 2009 et 85 % pour l'année 2010.

Exposé des motifs

La branche famille prend aujourd'hui en charge les majorations de pensions pour les parents de trois enfants à hauteur de 60 %, le FSV assurant le financement des 40 % restants. Conformément au document remis le 28 avril et au courrier adressé le 29 juillet par le Premier ministre aux partenaires sociaux, le Gouvernement propose d'achever en trois ans le transfert à la branche famille du financement des majorations de pensions pour les parents de trois enfants. Ce taux sera porté à 70 % en 2009 puis à 85 % en 2010 et à 100% en 2011.

Cette mesure permet de clarifier le financement des avantages familiaux de retraite.

Article 71

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

Exposé des motifs

Le rapport annuel de la Commission européenne sur la situation de l'emploi en 2006 insiste sur l'important développement des horaires de travail atypiques en Europe et particulièrement en France. 46 % des enfants de moins de sept ans et demi dont les parents travaillent ont au moins un parent concerné, de façon habituelle, par des horaires de travail décalés et au total 80 % des enfants de moins de sept ans et demi vivent dans un ménage concerné par des horaires de travail irréguliers ou décalés.

Selon l'enquête Emploi de 2007, dans 469 000 familles avec de jeunes enfants (moins de six ans), le parent, dans le cas des familles monoparentales, ou les deux parents, dans le cas des couples, travaillent habituellement le soir (entre 20 heures et minuit), la nuit (entre minuit et cinq heures du matin) ou le dimanche. Cela représente 14 % des familles avec de jeunes enfants.

Or, ces caractéristiques des horaires de travail entraînent des conséquences pour la garde des enfants, généralement plus coûteuse à ces horaires atypiques. Il est donc proposé de mieux tenir compte des contraintes liées aux horaires atypiques en introduisant le principe d'une modulation du complément de mode de garde en fonction de l'horaire de travail des parents.

Un décret simple précisera les modalités d'ouverture de ce complément de mode de garde pour horaires atypiques lorsque les deux parents ou le parent isolé travaillent avec de tels horaires.

Ce complément de mode de garde majoré sera ouvert à la fois pour l'accueil individuel direct (assistantes maternelles ou domicile) et pour les associations ou entreprises mandataires.

Article 72

I. - L'article L. 421-4 du code de l'action sociale et des familles est modifié comme suit :

1° Dans la deuxième phrase, après les mots : « le nombre de mineurs » sont insérés les mots : « de moins de trois ans », le mot : « trois » est remplacé par le mot : « quatre », et les mots : « dans la limite de six au total » sont remplacés par les mots : « dans la limite de six mineurs de tous âges au total » ;

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

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

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

Une convention est conclue entre l'organisme mentionné à l'article L. 212-2 du code de la sécurité sociale, l'assistant maternel agréé mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles et le représentant de la collectivité territoriale concernée. Cette convention détermine les conditions d'exercice de l'activité conjointement par plusieurs assistants maternels et d'accueil des enfants dans un lieu autre que le domicile d'un de ces assistants maternels. Elle comporte à titre obligatoire l'autorisation prévue à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique.

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

Cette expérimentation fait l'objet d'une évaluation au 31 décembre 2010.

Exposé des motifs

L'article L. 421-4 du code de l'action sociale et des familles, sauf dérogation accordée par le président du conseil général, limite à trois le nombre d'enfants pouvant être accueillis par l'assistant maternel après agrément délivré par cette autorité. Ce plafond constitue une contrainte forte pour le développement de l'offre d'accueil de la petite enfance chez les assistants maternels et les possibilités de souplesse dans les agréments délivrés par le président du conseil général. Par ailleurs, les caractéristiques du domicile ou sa localisation géographique peuvent constituer un obstacle pour trouver des enfants à garder, en particulier dans certaines zones sensibles ou dans certains quartiers défavorisés, voire même décourager des candidatures à l'agrément.

Pour favoriser le développement de l'offre d'accueil de la petite enfance par des assistants maternels, il est proposé :

- d'une part de porter de trois à quatre le nombre d'enfants pouvant être accueillis par chaque assistant maternel (I) ;

- d'autre part d'offrir la possibilité aux assistants maternels qui le souhaitent de se regrouper dans un local autre que leur domicile (II) dans le cadre d'une convention entre la collectivité locale, la caisse d'allocations familiales et l'assistant maternel concerné.

L'objectif de ces deux mesures est d'augmenter de manière sensible le nombre de places offertes pour la garde des jeunes enfants. Ces mesures accroîtront à due concurrence le nombre de bénéficiaires de la prestation d'accueil du jeune enfant et plus précisément du complément de libre choix du mode de garde qui solvabilise le recours à un assistant maternel, à raison d'environ 5 000 € par an et par place créée en moyenne.

La proposition permettra également d'améliorer les revenus des assistants maternels, dont le plancher actuel est de 0,281 SMIC par heure et par enfant accueilli. Si les professionnels concernés se saisissent de la possibilité d'accueillir quatre enfants simultanément, leur rémunération horaire se trouvera ainsi supérieure au SMIC.

Article 73

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

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

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

Exposé des motifs

Les objectifs de dépenses retenus pour le champ de la famille correspondent à des taux de progression de 4,3 % pour l'ensemble des régimes et pour le régime général par rapport à 2008.

Section 5

Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou à la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement**Article 74**

I. - L'article L. 217-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après les mots : « des organismes régionaux et locaux » sont insérés les mots : « ainsi que des unions et fédérations » ;

2° Les deuxième, troisième et quatrième alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les vacances de postes de directeurs sont publiées après concertation entre le président du conseil d'administration de l'organisme et la caisse nationale concernée dans des conditions définies par voie réglementaire.

« Le directeur de la caisse nationale nomme le directeur ou l'agent comptable après concertation avec le président du conseil d'administration de l'organisme concerné et après avis du comité des carrières institué à l'article L. 217-5. Il en informe préalablement le conseil d'administration de l'organisme concerné qui peut s'y opposer à la majorité des deux tiers de ses membres.

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

II. - Au premier alinéa de l'article L. 217-3-1 du même code, après les mots : « des organismes locaux » sont insérés les mots : « ainsi que des unions et fédérations ».

Exposé des motifs

Dans un souci d'amélioration de la maîtrise de la dépense et d'efficacité économique, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a modifié les conditions de nomination des directeurs et agents comptables des organismes de l'assurance maladie. Dans le même esprit, et pour optimiser la gestion des carrières des cadres dirigeants de la sécurité sociale, le présent article vise à faire converger les modalités de nomination et de cessation de fonction des directeurs et des agents comptables de l'ensemble des organismes du régime général.

Cette disposition offre aux caisses nationales concernées l'opportunité de définir, en lien avec les présidents de conseils d'administration, les profils de directeurs et agents comptables susceptibles de répondre aux enjeux auxquels est confrontée chaque organisme, et de choisir les candidats les plus aptes à mettre en œuvre au niveau local les orientations définies dans le cadre des conventions d'objectifs de gestion et déclinées dans les contrats pluriannuels de gestion.

La concertation se poursuivra dans les meilleurs délais avec les représentants des agents de direction afin de préciser les modalités d'application de cet article et notamment de définir les garanties réglementaires ou conventionnelles en cas de cessation de fonction.

En améliorant le pilotage des caisses de base par les caisses nationales, cette disposition contribue à une gestion plus efficiente en facilitant, notamment, les mutualisations, les évolutions de leur réseau et une meilleure maîtrise du déploiement des systèmes d'information. Elle permet également une mise en œuvre plus efficace, car plus homogène, des politiques de gestion des risques, d'accès aux droits et de lutte contre les fraudes. Cette mesure présente ainsi un double impact sur l'efficacité économique de l'ensemble du régime général de sécurité sociale.

Article 75

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

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

2° L'article L. 153-3 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

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

II. - Le code rural est modifié ainsi qu'il suit :

1° La sous-section 2 de la section 1 du chapitre III du titre II du livre VII est complétée par deux articles L. 723-12-2 et L. 723-12-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 723-12-2.* - La caisse centrale de la mutualité sociale agricole approuve, dans les conditions prévues à l'article L. 153-2 du code de la sécurité sociale, les budgets établis par les organismes mentionnés à l'article L. 723-1 du code rural. Elle veille à ce que le total des dépenses de fonctionnement des organismes de mutualité sociale agricole soit contenu dans la limite des crédits fixés par la convention d'objectifs et de gestion. Elle met, le cas échéant, en œuvre les dispositions des articles L. 153-4 et L. 153-5 du code de la sécurité sociale.

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

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

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

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

Exposé des motifs

Le I tire les conséquences de la fixation par la convention d'objectifs et de gestion de crédits limitatifs de fonctionnement pour l'ensemble des organismes de réseau de la mutualité sociale agricole. La caisse centrale ayant négocié ces crédits limitatifs avec l'Etat, elle sera désormais chargée de procéder à leur répartition entre les organismes de mutualité sociale agricole (MSA). De ce fait les dispositions du livre Ier du code de la sécurité sociale concernant l'approbation du budget des caisses locales par l'organisme national de rattachement sont étendues à la MSA. Ces budgets seront dorénavant approuvés par la caisse centrale de la MSA et non plus par les préfets de région. Le ministre de l'agriculture conserve le pouvoir d'approuver les budgets des organismes de MSA à compétence nationale.

La caisse centrale de la mutualité sociale agricole étant chargée de répartir entre les organismes de mutualité sociale agricole sous forme de dotations de gestion les moyens de fonctionnement en gestion administrative, contrôle médical et action sanitaire et sociale déterminés par la convention d'objectifs et de gestion, le 1° du II lui confie un pouvoir de contrôle sur les budgets des caisses et sur l'équilibre de leurs dépenses et recettes.

Le 1° du II a également pour objectif de donner les moyens à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) d'enjoindre aux caisses de MSA d'améliorer leur gestion et de réduire leurs déficits. Elle pourra le cas échéant se substituer aux organismes défaillants en vue de rétablir leur situation financière. Cet article est en cohérence avec les dispositions prévoyant que la CCMSA approuve les budgets de gestion administrative.

Le paragraphe 2° du II confie à la CCMSA le pouvoir d'ordonner l'exécution d'une dépense ou le recouvrement d'une recette, lorsque la dépense ou la recette a un caractère obligatoire en vertu d'une disposition législative ou réglementaire ou d'une décision de justice.

Depuis 1967 les caisses nationales du régime général et l'agence centrale des organismes de sécurité sociale, ont compétence pour contrôler les opérations immobilières et la gestion du patrimoine immobilier des organismes de base dont elles sont l'échelon national. Le 3° du II étend à la caisse centrale de la mutualité sociale agricole le contrôle des opérations immobilières de son propre réseau. Cet article est en cohérence avec les dispositions prévoyant que la CCMSA approuve les budgets de gestion administrative.

Section 6

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires**Article 76**

Pour l'année 2009, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

(en milliards d'euros)	
Prévisions de charges	
Fonds de solidarité vieillesse (FSV)	14,9

Exposé des motifs

Les charges du FSV devraient augmenter de 2,9 % en 2009 par rapport à l'année précédente. La situation de ce fonds qui fait l'objet de mesures de transfert importantes en 2009 est décrite dans l'annexe 8 au présent projet de loi.

Section 7
Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 77

I. - L'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

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

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

« 2° Les employeurs ;

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

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

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

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

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

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

« 4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir par toute fausse déclaration, manœuvre ou inobservation des règles du code de l'action sociale et des familles l'admission à l'aide médicale de l'Etat mentionnée au premier alinéa de l'article L. 251-1 du même code ;

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

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

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

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

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

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

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

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

« IV. - Le directeur de l'organisme local d'assurance maladie notifie les faits reprochés à la personne physique ou morale en cause afin qu'elle puisse présenter ses observations dans un délai fixé par voie réglementaire. A l'expiration de ce délai, le directeur :

« 1° Décide de ne pas poursuivre la procédure ;

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

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

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

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

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

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

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

« La commission mentionnée au premier alinéa apprécie la responsabilité de la personne physique ou morale dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant.

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

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

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

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

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

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

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

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

« VIII. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

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

Exposé des motifs

La procédure des pénalités financières, introduite par la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, vise à sanctionner les abus, fautes et fraudes des professionnels de santé, des assurés, des établissements de santé et médico-sociaux de manière réactive et efficace grâce à une procédure pilotée par l'assurance maladie. Elle constitue un outil essentiel entre l'avertissement et la procédure pénale ou ordinale, que le législateur a voulu être un outil simple, efficace et dissuasif. Le champ d'application de cette procédure a été élargi aux transporteurs et aux prestataires de dispositifs médicaux dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008.

Or, trois ans après sa mise en œuvre effective (décret du 23 août 2005), la procédure peine à s'installer efficacement sur le territoire comme en témoignent le faible nombre et les montants limités de pénalités prononcées en 2006 et 2007 (quarante-huit pénalités en 2006 pour 66 000 €, dont onze à l'encontre de professionnels de santé pour 14 900 €, et 207 pénalités en 2007 pour 307 000 €). Les chiffres restent très limités au regard du simple nombre de fraudes détectées sur le terrain (ex : 4 661 en 2006 selon le rapport annuel de la CNAMTS sur les fraudes), sans compter les fautes et abus qui peuvent également faire l'objet de pénalités. L'une des raisons régulièrement invoquée est la lourdeur de la procédure, ses cas de recours très limités, son coût pour l'organisme, le montant des pénalités et leur inadéquation aux réalités du terrain.

Ce constat conduit à présenter une révision de la procédure des pénalités administratives.

L'objectif est de mettre en place un dispositif efficace, souple en gestion, dissuasif notamment grâce à un montant des pénalités adapté au grief (abus, fautes ou fraudes) et à l'acteur de santé concerné (assurés, professionnels de santé individuels, établissements de santé ou médico-sociaux).

Le I élargit le champ d'application des pénalités, en couvrant les cas d'abus, de fautes et de fraudes qui ne le sont pas aujourd'hui, notamment en matière de couverture maladie universelle complémentaire, d'aide médicale de l'Etat et d'aide à l'assurance complémentaire de santé et soumet au dispositif des pénalités l'ensemble des acteurs du système.

Les II, III et IV simplifient et rationalisent la procédure des pénalités.

Les III et V adaptent le montant des pénalités en fonction du grief et de l'acteur de santé concerné, en supprimant les plafonds en valeur absolue pour les pénalités liées à un indu et en créant, en cas de fraude, une procédure d'exception avec des montants planchers de pénalité et des montants maximums revus à la hausse et la possibilité de se dispenser de l'avis de la commission. La fraude devra être établie et prouvée par l'organisme d'assurance maladie et pour des cas limitativement énumérés par décret. Il s'agira des cas de fraude manifestes que sont la falsification de documents, la fausse facturation, notamment pour des actes fictifs, la production de faux documents tels que de faux bulletins de salaires ou de faux papiers d'identité ou des papiers usurpés, la fraude interne, le trafic de médicaments ou la fraude en bande organisée.

Article 78

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

1° Après l'article L. 161-1-4, il est inséré l'article L. 161-1-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-1-5.* – Pour le recouvrement d'une prestation indûment versée et sans préjudice des articles L. 133-4 du présent code et L. 725-3-1 du code rural, le directeur d'un organisme de sécurité sociale peut, dans les délais et selon les conditions fixés par voie réglementaire, délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant la juridiction compétente, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire. » ;

2° L'article L. 553-2 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Tout paiement indu de prestations familiales est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur les prestations à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation. » ;

b) Au deuxième alinéa, après le mot : « alinéa » sont insérés les mots : « , ainsi que celles mentionnées aux articles L. 835-3 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, » ;

c) Au début du dernier alinéa, sont insérés les mots : « Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents, » ;

3° L'article L. 835-3 est ainsi modifié :

a) Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« Tout paiement indu de l'allocation de logement est récupéré, sous réserve que l'allocataire n'en conteste pas le caractère indu, par retenues sur l'allocation à venir ou par remboursement intégral de la dette en un seul versement si l'allocataire opte pour cette solution. A défaut l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1, soit au titre de l'aide personnalisée au logement mentionnée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation. » ;

b) Au dernier alinéa, après le mot : « alinéa » sont insérés les mots : « , ainsi que celles mentionnées aux articles L. 553-2 du présent code et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, » ;

c) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents, le montant de l'indu peut être réduit ou remis en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations. »

II. - L'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation est ainsi modifié :

1° L'avant-dernier alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « est autorisé à récupérer » sont remplacés par le mot : « récupère » ;

b) Il est complété par une phrase ainsi rédigée : « A défaut l'organisme payeur peut, dans des conditions fixées par décret, procéder à la récupération de l'indu par retenues sur les échéances à venir dues, soit au titre de l'allocation de logement mentionnée à l'article L. 831-1 du code de la sécurité sociale, soit au titre des prestations familiales mentionnées à l'article L. 511-1 du même code. » ;

2° Au dernier alinéa, après les mots : « alinéa précédent », sont insérés les mots : « , ainsi que celles mentionnées aux articles L. 553-2 et L. 835-3 du code de la sécurité sociale, » ;

3° Il est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Toutefois, par dérogation aux dispositions des alinéas précédents et dans les conditions prévues à l'article L. 351-14 du présent code, le montant de l'indu peut être réduit ou remis en cas de précarité de la situation du débiteur, sauf en cas de manœuvre frauduleuse ou de fausses déclarations.

« L'article L. 161-1-5 du code de la sécurité sociale est applicable pour le recouvrement des sommes indûment versées. »

Exposé des motifs

La lutte contre la fraude et les abus implique de pouvoir recouvrer efficacement les indus détectés : cet article prévoit deux mesures pour améliorer cette efficacité, d'une part en permettant de recouvrer des indus d'une prestation familiale sur une autre prestation et d'autre part en donnant un pouvoir de contrainte à l'ensemble des caisses de sécurité sociale pour recouvrer les sanctions.

Un indu de prestations sociales ne peut actuellement être récupéré par les organismes débiteurs des prestations familiales que sur les prestations du même fonds. Ainsi, les indus de prestations familiales sont recouvrés sur les seules prestations familiales (article L. 553-2 du code de la sécurité sociale), les indus d'allocation de logement sociale sur la seule allocation de logement sociale et les indus d'aide personnalisée au logement sur la seule aide personnalisée au logement (article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation).

La disposition présentée aux 2° et 3° du I, qui fait suite à une recommandation de la révision générale des politiques publiques, a pour objectif de faciliter le recouvrement des indus, en permettant aux organismes débiteurs des prestations familiales de recouvrer l'indu d'une allocation sur les autres aides versées à l'allocataire. Cette mesure de simplification permettra de mettre fin à une incohérence du dispositif actuel où des allocations continuent d'être versées alors que des sommes sont réclamées simultanément au même bénéficiaire mais au titre d'autres prestations. La mesure permet ainsi d'accélérer le recouvrement des indus après la détection d'erreur ou de fraude et donc de renforcer l'efficacité de la politique de lutte contre les fraudes avec des sanctions dissuasives. Cette compensation inter-fonds est limitée dans un premier temps au fonds national des prestations familiales (FNPF) et au fond national d'aide au logement (FNAL) et ne concerne donc que les seuls recouvrements des prestations familiales et des aides personnelles au logement. Elle a vocation à être étendue à terme au revenu de solidarité active, dès que les modalités techniques auront été fixées en lien avec les départements.

Le 1° du I vise à étendre à l'ensemble des organismes de sécurité sociale le pouvoir de contrainte dont disposent déjà les caisses de mutualité sociale agricole et ainsi d'améliorer le recouvrement des sommes indument versées.

Actuellement, les organismes de sécurité sociale peuvent délivrer des contraintes pour recouvrer les cotisations de sécurité sociale impayées (article L. 244-9), les sommes indument perçues par les professionnels de santé et les établissements de santé qui ne respectent pas les règles de tarification ou de facturation (article L. 133-4) et les pénalités financières sanctionnant l'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations ou l'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le versement des prestations (articles L. 114-17 et L. 162-1-14). Les caisses de mutualité sociale disposent également de cette faculté, en application de la loi de financement de la sécurité sociale de 2005.

Les autres organismes n'ont pas cette possibilité : en cas de non paiement des sommes dues, ils sont obligés de saisir le tribunal des affaires de sécurité sociale pour obtenir un titre exécutoire et exercer le recouvrement selon les voies de droit commun ce qui induit des frais de gestion, un allongement des délais de recouvrement et un encombrement des tribunaux.

A titre d'exemple, les caisses d'allocations familiales exercent chaque année, après échec de la procédure de recouvrement amiable, près de 27 000 recours en répétition d'indus. 3 % des recours seulement sont rejetés.

Le dispositif prévu par cet article permettra d'éviter une telle situation. Lorsque le débiteur ne règle pas les sommes dues et que la caisse ne peut pas les recouvrer sur les prestations à venir, et après lui avoir adressé une mise en demeure, les organismes de sécurité sociale pourront délivrer une contrainte. A défaut d'opposition de la part du débiteur devant la juridiction compétente, cette contrainte comportera tous les effets d'un jugement et confèrera notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

Cette disposition, tout en protégeant les droits des usagers puisqu'ils peuvent exercer un droit d'opposition, permettra aux organismes de sécurité sociale de mieux recouvrer les sommes indument versées en diminuant leur délai de recouvrement et les frais de gestion qui y sont liés. Elle contribuera également à désencombrer les tribunaux des litiges qui leur sont liés.

Des dispositions similaires sont prises au II de l'article pour transposer ces deux mesures dans le code de la construction et de l'habitation et les appliquer à l'aide personnalisée au logement.

Article 79

Après l'article L. 114-21 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-22 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-22. - Les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale et du régime d'assurance chômage peuvent échanger des données à caractère personnel, y compris des données relatives aux revenus des personnes, avec les organismes et institutions chargés de la gestion d'un régime équivalent au sein d'un Etat membre de l'Union européenne, d'un autre Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou d'un Etat inscrit sur une liste fixée par voie réglementaire sous réserve qu'il impose à ses organismes et institutions des conditions de protection des données personnelles équivalentes à celles existant en France, aux fins de :

« 1° Déterminer la législation applicable et prévenir ou sanctionner le cumul indu de prestations ;

« 2° Déterminer l'éligibilité aux prestations et contrôler le droit au bénéfice de prestations lié à la résidence, à l'appréciation des ressources, à l'exercice ou non d'une activité professionnelle et à la composition de la famille ;

« 3° Procéder au recouvrement des cotisations et contributions dues et contrôler leur assiette. »

Exposé des motifs

Dans le cadre de la présidence française de l'Union européenne, le Gouvernement entend renforcer la coopération entre Etats membres pour mieux lutter contre la fraude aux prélèvements sociaux et aux prestations sociales.

En effet, l'accroissement de la circulation des personnes et des travailleurs au sein de l'espace européen, le développement de la prestation de services transnationale, l'élargissement de l'Union européenne, qui a accru la disparité du niveau des régimes sociaux et les risques d'avantages concurrentiels indus affectant les règles de fonctionnement du grand marché intérieur rendent indispensable une coopération entre les Etats membres pour veiller à la bonne application des règles communautaires de coordination de leurs régimes de sécurité sociale.

Plusieurs Etats membres, notamment le Royaume-Uni et les Pays-Bas, souhaitent procéder à des échanges de données afin de lutter efficacement contre la fraude sociale transfrontière. Leur législation nationale permet ces échanges avec un autre Etat membre selon les règles et dans les limites fixées par la directive communautaire sur la protection des données à caractère personnel.

Cette communication peut prendre la forme d'échanges, de comparaison ou de croisement de fichiers aux fins de contrôle et de vérification de l'assiette des cotisations et contributions ainsi que du droit à prestations lié à la résidence, à l'appréciation des ressources, à l'exercice ou non d'une activité professionnelle et à la composition de la famille.

L'absence dans notre législation de dispositions étendant hors du cadre national les possibilités d'échange de données aux fins de lutter contre la fraude telles que prévues notamment au chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale limite le champ d'action de notre coopération à un moment où le Gouvernement souhaite, dans le contexte de la présidence française de l'Union européenne, renforcer son action dans ce domaine.

Aussi, la proposition donne par la loi la possibilité aux organismes de sécurité sociale d'échanger avec les organismes d'autres Etats membres de l'Union, sous réserve de réciprocité, des données informatiques dans le cadre de la lutte contre la fraude. Cette disposition est analogue à celle de l'article L. 114 A du livre des procédures fiscales.

En dehors de l'espace européen, la mesure proposée permettra des échanges avec un certain nombre des quelque quarante pays ou territoires avec lesquels la France est liée par un accord de sécurité sociale dont les dispositions fixent notamment la charge de la couverture maladie en fonction de l'Etat de résidence des assurés et anciens assurés.

Article 80

I. - Le premier alinéa de l'article L. 351-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Lorsque la possibilité d'effectuer un versement de cotisations est ouverte en application de dispositions réglementaires au-delà du délai d'exigibilité mentionné à l'article L. 244-3 et à défaut de production de documents prouvant l'activité rémunérée, ce versement ne peut avoir pour effet d'augmenter la durée d'assurance de plus de quatre trimestres. »

II. - Le I est applicable aux décomptes de cotisations adressés par les organismes mentionnés aux articles L. 213-1 du code de la sécurité sociale et L. 723-3 du code rural à compter du 1^{er} janvier 2009.

Exposé des motifs

Le dispositif de régularisation d'arriérés de cotisations prévu par l'article R. 351-11 du code de la sécurité sociale permet aux assurés d'effectuer un versement rétroactif de cotisations d'assurance vieillesse au titre de périodes d'activité salariée rémunérée pour lesquelles l'employeur n'a pas satisfait à son obligation des verser des cotisations sociales.

Le dispositif faisant l'objet d'une utilisation croissante depuis 2003 notamment pour remplir les conditions d'un départ en retraite anticipée avant soixante ans, il est apparu nécessaire de renforcer le contrôle des demandes afin de limiter les cas de fraude, s'agissant en particulier du recours aux attestations sur l'honneur (convocation des témoins, preuve qu'ils étaient bien employés dans la même entreprise, etc).

Cependant malgré ces précautions indispensables, la bonne foi de l'assuré n'est jamais totalement démontrée. Il apparaît donc légitime de limiter la portée de ces attestations.

C'est pourquoi le présent article prévoit en son II que lorsque la preuve de l'activité rémunérée ne peut être démontrée par des éléments probants, l'attestation sur l'honneur admise le cas échéant par la caisse de sécurité sociale, ne permet pas de valider plus de quatre trimestres d'assurance.

De manière générale, afin de limiter les risques de fraude, le Gouvernement s'attachera avec les caisses de sécurité sociale à mieux encadrer le recours aux attestations sur l'honneur.

A N N E X E S

ANNEXE A

RAPPORT DECRIVANT LES MESURES PREVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCEDENTS ET LA COUVERTURE DES DEFICITS CONSTATES SUR L'EXERCICE 2007

I. - Pour le régime général, l'exercice 2007 fait apparaître un déficit de 9,5 Md€

Trois des quatre branches du régime général ont été déficitaires en 2007.

La branche maladie du régime général a enregistré un déficit de 4,63 milliards d'euros, la branche vieillesse un déficit de 4,57 milliards d'euros, et la branche accidents du travail et maladies professionnelles un déficit de 0,46 milliard d'euros. Seule la branche famille a enregistré un excédent de 0,16 milliard d'euros.

Aucune reprise de dette par la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) n'est intervenue au titre des résultats de cet exercice 2007.

Aussi, ce déficit global a été couvert par les emprunts de trésorerie que peut conclure l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) auprès de la Caisse des dépôts et consignations ainsi que par l'émission par l'Agence de billets de trésorerie sur le marché financier, le tout dans la limite du plafond fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, soit 28 milliards. Sur l'ensemble de l'année 2007, les charges financières de l'ACOSS, nettes des produits financiers, s'élèvent à 648 millions d'euros.

L'excédent de la branche famille est resté acquis à cette branche.

II. - S'agissant des organismes concourant au financement des régimes :

1° Couverture du déficit du Fonds de financement de la protection sociale agricole (FFIPSA) :

Le résultat du FFIPSA pour l'exercice 2007 a été déficitaire de 2,2 milliards d'euros, portant le déficit cumulé du fonds à 4,8Md€

Le financement de ces déficits, ainsi que du reliquat de dette du Budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) pour 0,6 milliard d'euros, a été assuré par les emprunts de trésorerie que peut conclure la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, sur délégation du FFIPSA, auprès du consortium bancaire CALYON dans la limite du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2007, soit 7,1 milliards).

2° Affectation de l'excédent du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) :

Le résultat du FSV pour l'exercice 2007 a été excédentaire de 0,15 milliard d'euros.

Cet excédent a permis de réduire le déficit cumulé du fonds, ramené à 4,8 milliards d'euros. Le FSV ne disposant pas de réserve et n'ayant pas le droit d'emprunter, ce déficit cumulé est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif.

L'excédent de 2007 a permis de réduire l'endettement du fonds vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés au titre de la prise en charge des cotisations de chômage. Au 31 décembre 2007, la dette vis-à-vis de la CNAVTS s'établissait (en trésorerie) à 5,3 milliards d'euros et celle vis-à-vis de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole à 0,1 milliard d'euros.

Ces montants de dette ont été financés in fine par les emprunts de trésorerie de l'ACOSS, dans les mêmes conditions que les déficits propres à la CNAVTS. En 2007, la charge d'intérêt liée aux déficits du FSV a représenté 271 millions d'euros.

ANNEXE B

**RAPPORT DECRIVANT LES PREVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS
DE DEPENSES PAR BRANCHE DES REGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET
DU REGIME GENERAL, LES PREVISIONS DE RECETTES ET DE DEPENSES
DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES REGIMES
AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE DEPENSES D'ASSURANCE
MALADIE POUR LES QUATRE ANNEES A VENIR**

Hypothèses d'évolution moyenne sur la période 2009-2012

	2009	2010-2012
Produit intérieur brut en volume	1%	2,5%
Masse salariale du secteur privé	3,5%	4,6%
Objectif National de dépenses d'assurance maladie (en valeur)	3,3%	3,3%
Inflation (hors tabac)	2%	1,75%

Dans le cadre de la loi de programmation des finances publiques pour 2009-2012 qui a été présentée au Conseil des ministres du 26 septembre 2008, le Gouvernement a présenté une trajectoire de retour à l'équilibre des finances sociales pour que le régime général revienne à l'équilibre en 2012. Les efforts entrepris ces dernières années, et qui ont porté leurs fruits, devront donc être poursuivis et approfondis, afin d'adapter le système de protection sociale aux enjeux de demain.

Le scénario économique retenu dans le cadre de la programmation pluriannuelle des finances publiques repose sur une hypothèse de croissance de 1% en 2009 puis 2½% par an à partir de 2010. Le rebond de croissance dès 2010 repose sur l'hypothèse conventionnelle d'un retour de l'environnement international sur un sentier de croissance moyen, et un rattrapage partiel des retards de croissance accumulés en 2008 et 2009.

Dans ce contexte, avec une progression de la masse salariale de 3,5% en 2009 puis de 4,6% les années suivantes, la stratégie de retour à l'équilibre du régime général d'ici 2012 repose sur trois leviers principaux :

- une maîtrise constante de la dépense pour accroître encore son efficience ;
- une adaptation des ressources au sein de la protection sociale, sans hausse de prélèvement, et une sécurisation des recettes par un meilleur encadrement des niches sociales ;
- un assainissement de la situation des comptes en 2009 afin de démarrer la période de programmation avec une situation apurée des déficits du passé.

1° Pour que le régime général revienne à l'équilibre en 2012 et que l'assurance maladie soit très proche de l'équilibre en 2011, il faut tenir une progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie de 3,3 % en valeur sur la période 2009-2012. Cet effort de maîtrise des dépenses, réaliste, implique de mobiliser l'ensemble des marges d'efficience du système de santé.

Les efforts de maîtrise des dépenses devront donc porter sur plusieurs axes :

- la régulation des dépenses de soins de ville, notamment sur les postes qui connaissent une croissance forte (médicaments, dispositifs médicaux,...) avec une meilleure association des organismes complémentaires aux actions de maîtrise des dépenses ;

- la réforme de l'hôpital pour en améliorer l'efficience ;

- le renforcement de la gestion du risque dans l'ensemble des domaines, ambulatoire, hospitalier et médico-social.

L'ensemble de ces efforts permettra à l'assurance maladie d'être très proche de l'équilibre en 2011 et de renouer avec les excédents en 2012 (+0,7 milliard d'euros).

2° Compte tenu du caractère ambitieux des objectifs de maîtrise de la dépense, la trajectoire cible de redressement des finances sociales ne pourra être respectée qu'à la condition que la ressource sociale évolue au même rythme que la richesse nationale.

Cet objectif impose tout d'abord que les ressources actuelles soient réparties au mieux entre les fonctions sociales et qu'elles soient notamment redéployées en direction de l'assurance vieillesse pour faire face au vieillissement de la population. Le redressement des comptes de l'assurance vieillesse repose donc sur une prise en charge par la branche famille de dépenses de retraites à caractère familial : les majorations de pensions pour enfants, dont 1,8 milliards d'euros sont aujourd'hui à la charge du Fonds de solidarité vieillesse, seront donc intégralement prises en charge par la branche famille d'ici 2011. Par ailleurs, comme envisagé dans l'exposé des motifs de la loi du 21 août 2003, l'amélioration de la situation financière de l'assurance chômage pourrait permettre une baisse des cotisations d'assurance chômage qui viendrait neutraliser l'impact du relèvement progressif des cotisations vieillesse (0,3 point en 2009, 0,4 point en 2010 et 0,3 point en 2011).

Ces réallocations de ressources au sein de la protection sociale permettront de réduire de plus de moitié le déficit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse entre 2008 (- 5,7 milliards d'euros) et 2012 (- 2,3 milliards d'euros). Au-delà de l'apport de ressources nouvelles, la clef du redressement des comptes de l'assurance vieillesse repose sur l'amélioration de l'emploi des seniors : le Gouvernement propose plusieurs mesures fortes dans le cadre de ce projet de financement de la sécurité sociale et prévoit de faire un nouveau bilan de leur efficacité et de la situation des comptes de l'assurance vieillesse en 2010.

Plus généralement, la préservation de ressources globales dynamiques pour la protection sociale, dans un contexte de stabilité des taux de prélèvement sur les salaires, exige d'éviter toute forme d'érosion de l'assiette du prélèvement, grâce à une lutte plus sévère contre la fraude, un encadrement des formes d'optimisation conduisant à des pertes de recettes trop importantes et également une meilleure maîtrise du développement des « niches » sociales. Le projet de loi de programmation des finances publiques prévoit trois règles pour mieux encadrer les dispositifs d'exonération, de réduction ou d'abattement d'assiette : une évaluation systématique des dispositifs trois ans après leur création, un objectif annuel de coût des exonérations, réductions ou abattement d'assiette et la mise en place d'une règle de gage en cas de création ou d'augmentation d'une niche.

3° La trajectoire de retour à l'équilibre repose enfin sur un effort significatif fait dès 2009 pour assainir et clarifier les comptes.

La reprise des déficits cumulés des branches maladie et vieillesse du régime général, ainsi que ceux du Fonds de solidarité vieillesse par la CADES, prévue dans ce projet de loi, permet au régime général d'économiser des charges d'intérêt à hauteur de 1,1 milliard d'euros. Afin de respecter l'objectif de stabilisation du taux de prélèvement obligatoire et de ne pas allonger la durée de vie de la CADES, celle-ci bénéficie d'une partie de la contribution sociale généralisée aujourd'hui affectée au FSV. Le FSV, qui bénéficie dès 2009 de la reprise de sa propre dette de 3,9 milliards d'euros, connaît un déficit temporaire qui se réduit à 400 millions d'euros dès 2011 et renoue avec l'équilibre en 2012.

En outre, la question du financement du régime de protection sociale des exploitants agricoles est réglée dans le cadre de la loi de finances et de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009, ce qui conduit à la suppression du FFIPSA à partir de 2009. La dette accumulée par le FFIPSA sera reprise par l'Etat. Par ailleurs, une garantie pérenne de financement sera assurée pour les prestations maladie, grâce d'une part à un apport de ressources nouvelles en provenance de l'Etat (1,2 milliard d'euros) et d'autre part à l'intégration financière de cette branche au régime général. La Mutualité sociale agricole, qui assure la gestion de l'ensemble des prestations, prend en charge le financement de la branche vieillesse dans le cadre d'une autorisation d'emprunt à court terme donnée par la loi de financement de la sécurité sociale. Un bilan sera fait en 2010 sur les moyens de rééquilibrer aussi la branche vieillesse de la protection sociale des exploitants agricoles, qui bénéficie dès 2009 des économies de 200 millions d'euros de frais financiers liés à la reprise de dette par l'Etat.

Régime général

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maladie						
Recettes	144,4	151,0	157,3	163,9	171,1	178,6
Dépenses	149,0	155,0	160,7	166,3	172,3	178,5
Solde	-4,6	-4,0	-3,4	-2,3	-1,2	0,1
AT/MP						
Recettes	10,2	11,0	11,4	11,9	12,5	13,2
Dépenses	10,6	10,6	11,4	11,6	11,8	12,1
Solde	-0,5	0,4	0,0	0,4	0,7	1,1
Famille						
Recettes	54,6	56,9	58,6	61,1	63,7	66,3
Dépenses	54,5	56,4	58,9	60,9	63,0	64,6
Solde	0,2	0,4	-0,2	0,2	0,6	1,7
Vieillesse						
Recettes	85,7	89,8	95,3	101,7	108,4	112,8
Dépenses	90,3	95,6	100,3	105,3	110,1	115,1
Solde	-4,6	-5,7	-5,0	-3,6	-1,7	-2,3
Toutes branches consolidé						
Recettes	290,0	303,4	316,8	332,6	349,4	364,5
Dépenses	299,5	312,3	325,4	338,0	351,0	363,8
Solde	-9,5	-8,9	-8,6	-5,4	-1,5	0,7

Ensemble des régimes obligatoires de base

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maladie						
Recettes	167,6	175,4	183,0	189,8	197,8	206,3
Dépenses	172,7	179,4	185,6	192,0	198,9	206,1
Solde	-5,0	-3,9	-2,6	-2,3	-1,2	0,2
AT/MP						
Recettes	11,7	12,6	13,1	13,7	14,3	15,0
Dépenses	12,0	12,2	13,0	13,2	13,5	13,8
Solde	-0,4	0,4	0,1	0,5	0,8	1,2
Famille						
Recettes	55,1	57,3	59,1	61,6	64,2	66,9
Dépenses	54,9	56,9	59,3	61,5	63,5	65,2
Solde	0,2	0,5	-0,2	0,2	0,7	1,7
Vieillesse						
Recettes	169,0	175,7	183,3	192,9	202,5	210,1
Dépenses	172,9	181,2	190,3	198,6	206,8	214,9
Solde	-3,9	-5,6	-7,0	-5,7	-4,3	-4,8
Toutes branches consolidé						
Recettes	398,3	415,6	432,6	451,7	472,3	491,6
Dépenses	407,4	424,3	442,2	459,1	476,3	493,3
Solde	-9,1	-8,7	-9,6	-7,3	-4,0	-1,7

Fonds de solidarité vieillesse

(en milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes	14,5	15,3	14,1	14,3	14,8	15,3
Dépenses	14,4	14,4	14,9	15,1	15,2	15,3
Solde	0,2	0,9	-0,8	-0,8	-0,4	0,0

Fonds de financement des prestations sociales agricoles

(en milliards d'euros)

	2007	2008
Recettes	14,3	14,4
Dépenses	16,5	17,0
Solde	-2,2	-2,6

ANNEXE C

ÉTAT DES RECETTES PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE :
- DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE SÉCURITÉ SOCIALE ;
- DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ;
- DES FONDS CONCOURANT AU FINANCEMENT DES RÉGIMES
OBLIGATOIRES DE SÉCURITÉ SOCIALE

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

Exercice 2007

en Md€

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	72,4	126,8	31,3	8,2	238,7
Cotisations fictives	1,1	1,1	0,1	0,3	2,7
Cotisations prises en charge par l'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	1,6	6,9	6,6	0,1	15,2
Impôts et taxes affectées	75,0	12,6	15,7	2,0	105,3
<i>Dont CSG</i>	56,7	0,0	11,7	0,0	68,3
Transferts reçus	12,9	18,7	0,0	0,1	26,8
Revenus des capitaux	0,1	0,3	0,1	0,0	0,4
Autres ressources	2,7	1,1	0,3	0,7	4,8
Total par branche	167,6	169,0	55,1	11,7	398,3

Exercice 2008 (prévisions)

en Md€

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	74,8	94,8	32,8	9,2	211,5
Cotisations fictives	1,1	36,7	0,1	0,3	38,2
Cotisations prises en charge par l'Etat	2,1	1,6	0,7	0,1	4,5
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	1,8	7,4	6,6	0,1	15,8
Impôts et taxes affectées	79,0	14,7	16,5	2,1	112,3
<i>Dont CSG</i>	59,3	0,0	12,2	0,0	71,5
Transferts reçus	14,1	19,2	0,0	0,1	28,3
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources	2,4	1,1	0,3	0,7	4,5
Total par branche	175,4	175,7	57,3	12,6	415,6

Exercice 2009 (prévisions)

en Md€

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	77,8	100,3	33,8	9,5	221,4
Cotisations fictives	1,2	39,0	0,1	0,3	40,6
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,8	1,4	0,7	0,1	4,0
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,4	6,2	7,0	0,1	13,7
Impôts et taxes affectées	83,3	15,4	16,8	2,2	117,7
<i>Dont CSG</i>	60,3	0,0	12,4	0,0	72,7
Transferts reçus	15,8	19,8	0,0	0,1	30,5
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,2	0,0	0,5
Autres ressources	2,6	0,9	0,3	0,8	4,6
Total par branche	183,0	183,3	59,1	13,1	432,6

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

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

Exercice 2007

en Md€

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	64,6	60,2	31,1	7,5	163,4
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'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	0,2
Autres contributions publiques	0,4	0,1	6,6	0,0	7,1
Impôts et taxes affectées	63,2	7,3	15,6	1,8	87,9
<i>Dont CSG</i>	49,8	0,0	11,7	0,0	61,4
Transferts reçus	11,9	16,6	0,0	0,1	23,9
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources	2,6	0,2	0,3	0,5	3,5
Total par branche	144,4	85,7	54,6	10,2	290,0

Exercice 2008 (prévisions)

en Md€

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	67,0	61,1	32,4	8,5	168,9
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,7	1,4	0,7	0,0	3,9
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,1	0,0	0,3	0,0	0,2
Autres contributions publiques	0,4	0,2	6,6	0,0	7,1
Impôts et taxes affectées	66,8	9,8	16,5	2,0	95,0
<i>Dont CSG</i>	52,2	0,0	12,2	0,0	64,4
Transferts reçus	12,7	17,0	0,0	0,1	24,8
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources	2,3	0,4	0,3	0,4	3,3
Total par branche	151,0	89,8	56,9	11,0	303,4

Exercice 2009 (prévisions)

en Md€

	Maladie	Vieillesse	Famille	AT-MP	Total par catégorie
Cotisations effectives	69,6	65,2	33,5	8,8	177,0
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,6	1,3	0,6	0,0	3,5
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,1	0,0	0,3	0,0	0,2
Autres contributions publiques	0,4	0,2	7,0	0,0	7,6
Impôts et taxes affectées	68,9	10,5	16,7	2,0	98,2
<i>Dont CSG</i>	52,8	0,0	12,4	0,0	65,2
Transferts reçus	14,3	17,8	0,0	0,1	27,0
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,2	0,0	0,2
Autres ressources	2,5	0,4	0,3	0,4	3,5
Total par branche	157,3	95,3	58,6	11,4	316,8

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

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

Exercice 2007

en Md€

	FSV	FFIPSA
Cotisations effectives	0,0	1,7
Cotisations fictives	0,0	0,0
Cotisations prise en charge par l'Etat	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	12,2	6,2
Dont CSG	11,1	1,0
Transferts reçus	2,3	6,3
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,1
Total par organisme	14,5	14,3

Exercice 2008 (prévisions)

en Md€

	FSV	FFIPSA
Cotisations effectives	0,0	1,8
Cotisations fictives	0,0	0,0
Cotisations prise en charge par l'Etat	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	12,9	6,2
Dont CSG	11,5	1,0
Transferts reçus	2,4	6,3
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,1
Total par organisme	15,3	14,4

Exercice 2009 (prévisions)

en Md€

	FSV
Cotisations effectives	0,0
Cotisations fictives	0,0
Cotisations prise en charge par l'Etat	0,0
Autres contributions publiques	0,0
Impôts et taxes affectées	11,2
Dont CSG	9,5
Transferts reçus	2,9
Revenus des capitaux	0,0
Autres ressources	0,0
Total par organisme	14,1