

LOIS

LOI n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 (1)

NOR : SANX0600163L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006 ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2005

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2005, 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.....	141,8	149,9	- 8,1
Vieillesse	154,8	156,4	- 1,6
Famille	50,5	51,7	- 1,2
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	10,4	10,8	- 0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	352,3	363,7	- 11,4

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

(En milliards d'euros)

	RECETTES	DÉPENSES	SOLDE
Maladie.....	121,0	129,0	- 8,0
Vieillesse	78,8	80,7	- 1,9
Famille	50,0	51,4	- 1,3
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	9,0	9,4	- 0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	253,9	265,5	- 11,6

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	12,6	14,6	- 2,0
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.....	14,3	15,7	- 1,4
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.....	0,5	0,5	0,0

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 135,1 milliards d'euros ;

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

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

Article 2

Est approuvé le rapport figurant en annexe A à la présente loi décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents ou la couverture des déficits constatés à l'occasion de l'approbation, à l'article 1^{er}, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2005.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2006

Section 1

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

Article 3

Au titre de l'année 2006, sont rectifiés, conformément aux tableaux qui suivent :

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie.....	159,3	165,2	- 5,9
Vieillesse	161,0	162,7	- 1,6
Famille	52,5	53,6	- 1,2
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	11,1	11,1	0,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	378,8	387,6	- 8,8

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.....	136,7	142,7	- 6,1
Vieillesse	82,4	84,7	- 2,4

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Famille	52,0	53,3	- 1,3
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	9,8	9,8	0,0
Toutes branches (hors transferts entre branches)	275,9	285,6	- 9,7

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	PRÉVISIONS de charges	SOLDE
Fonds de solidarité vieillesse	13,4	14,6	- 1,2
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.....	14,4	16,3	- 1,9

Article 4

Dans le III de l'article 60 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006, le montant : « 165 millions » est remplacé par le montant : « 115 millions », et le montant : « 110 millions » est remplacé par le montant : « 60 millions ».

Article 5

Une contribution exceptionnelle de régulation, assise sur le chiffre d'affaires hors taxes pour l'année civile 2006 réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, est due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 5124-1 du code de la santé publique.

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

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

L'assiette de la contribution est composée de deux parts. Une première part est constituée par le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'entreprise au cours de l'année 2006 ; une seconde part est constituée par la différence entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année 2006 et celui réalisé au cours de l'année 2005. Le montant de la contribution est calculé en appliquant un taux de 0,21 % à la première part et un taux de 1,5 % à la seconde part. Si cette dernière est négative, le produit de la seconde part par le taux de 1,5 % s'impute sur le produit de la première part par le taux de 0,21 %. La contribution totale ne peut cependant être négative.

Lorsqu'une entreprise n'a pas eu d'activité commerciale en 2005, elle n'est redevable que de la première part de la contribution. Si, pour le calcul de la seconde part, une entreprise n'a pas eu d'activité commerciale tout au long de l'année 2005, le chiffre d'affaires pris en compte au titre de cette année est calculé au prorata de la durée écoulée afin de couvrir l'année civile dans son intégralité.

La contribution est recouvrée le 1^{er} septembre 2007 dans les conditions prévues aux articles L. 138-20 à L. 138-23 du code de la sécurité sociale. Son produit est réparti dans les conditions prévues à l'article L. 162-37 du même code.

Article 6

I. – Au titre de l'année 2006, 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 2006, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à 1,6 milliard d'euros.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 7

I. – Au titre de l'année 2006, 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.....	165,2
Vieillesse	162,7
Famille.....	53,6
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	11,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	387,6

II. – Au titre de l'année 2006, 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.....	142,7
Vieillesse	84,7
Famille.....	53,3
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	9,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	285,6

Article 8

Au titre de l'année 2006, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie rectifié de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale est fixé à :

(En milliards d'euros)

	OBJECTIFS de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	66
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.....	46
Autres dépenses relatives aux établissements de santé.....	17,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	4,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.	6,6
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge.....	0,6
Total	141,3

TROISIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES
ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2007****Article 9**

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2007-2010), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Section 1

**Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base
et des organismes concourant à leur financement****Article 10**

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

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 131-6 est ainsi rédigé :

« Le revenu professionnel pris en compte est celui retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu avant les 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. Il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général des impôts, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des provisions mentionnées aux articles 39 *octies* E et 39 *octies* F du même code et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du même code. » ;

2° Le deuxième alinéa de l'article L. 136-3 est ainsi rédigé :

« La contribution est assise sur les revenus déterminés par application des dispositions de l'article L. 131-6. Les cotisations personnelles de sécurité sociale mentionnées à l'article 154 *bis* du code général des impôts ainsi que les sommes mentionnées aux articles L. 441-4 et L. 443-8 du code du travail et versées au bénéfice de l'employeur et du travailleur indépendant sont ajoutées au bénéfice pour le calcul de la contribution, à l'exception de celles prises en compte dans le revenu professionnel défini à l'article L. 131-6. » ;

3° Les deux premières phrases du troisième alinéa du I de l'article L. 136-4 sont ainsi rédigées :

« Pour la détermination des revenus mentionnés au précédent alinéa, il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des amortissements réputés différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général des impôts, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des modalités d'assiette mentionnées aux articles 75-0 A et 75-0 B du même code ainsi que du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du même code. Les revenus sont majorés des déductions, abattements et exonérations mentionnés aux articles 44 *sexies*, 44 *sexies* A, 44 *undecies*, 73 B et 151 *septies* A du même code, des cotisations personnelles de sécurité sociale de l'exploitant, de son conjoint et des membres de sa famille, ainsi que des sommes mentionnées aux articles L. 441-4 et L. 443-8 du code du travail et versées au bénéfice des intéressés, à l'exception de celles prises en compte dans le revenu défini à l'article L. 731-14 du code rural. »

II. – L'article L. 731-15 du code rural est ainsi modifié :

1° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Il n'est pas tenu compte des reports déficitaires, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme, des modalités d'assiette qui résultent d'une option du contribuable et du coefficient multiplicateur mentionné au 7 de l'article 158 du code général des impôts. » ;

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

« Ces revenus sont également majorés du montant des plus-values à court terme exonérées d'impôt sur le revenu en application de l'article 151 *septies* A du code général des impôts. »

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

1° Dans le troisième alinéa du 1 de l'article 50-0, les taux : « 68 % » et « 45 % » sont remplacés, respectivement, par les taux : « 71 % » et « 50 % » ;

2° Dans le premier alinéa du 1 de l'article 102 *ter*, le taux : « 25 % » est remplacé par le taux : « 34 % ».

IV. – Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois pour l'imposition des revenus et le calcul des cotisations et contributions assises sur les revenus de l'année 2006.

Article 11

I. – Le II de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le a est ainsi rédigé :

« a) Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application des articles 168, 1649 A et 1649 *quater* A du code général des impôts, ainsi que de l'article L. 69 du livre des procédures fiscales ; »

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

« a bis) Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application du 1° de l'article L. 66 du livre des procédures fiscales et qui ne sont pas assujetties à la contribution en vertu d'une autre disposition ; ».

II. – L'article 1600-0 H du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Le 2 est ainsi rédigé :

« 2. Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application des articles 168, 1649 A et 1649 *quater* A, ainsi que de l'article L. 69 du livre des procédures fiscales ; »

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

« 2 bis Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application du 1° de l'article L. 66 du livre des procédures fiscales et qui ne sont pas assujetties à la contribution en vertu d'une autre disposition ; »

3° Dans le 3, les mots : « perçus au titre des années définies au I de l'article 1600-0 G, » sont supprimés ;

4° Dans le 4, les mots : « au titre des années visées au I de l'article 1600-0 G » sont supprimés.

III. – Les dispositions des I et II s'appliquent à compter de l'imposition des revenus de l'année 2006.

Article 12

I. – Après le 7° de l'article L. 351-24 du code du travail, sont insérés un 8° et un 9° ainsi rédigés :

« 8° Les personnes physiques créant une entreprise implantée au sein d'une zone urbaine sensible ;

« 9° Les bénéficiaires du complément de libre choix d'activité mentionné à l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale. »

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

1° L'article L. 161-1 est abrogé ;

2° Dans le premier alinéa de l'article L. 161-1-1, la référence : « 7° » est remplacée par la référence : « 9° ».

III. – Les personnes pour lesquelles, à la date du 1^{er} janvier 2007, le délai prévu à l'article L. 161-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction antérieure à la présente loi, n'a pas expiré peuvent bénéficier, si elles en remplissent les conditions, de la prolongation d'exonération mentionnée à l'article L. 161-1-1 du même code.

IV. – Dans les premier et dixième alinéas de l'article L. 351-24 du code du travail, les mots : « aux articles L. 161-1 et » sont remplacés par les mots : « à l'article ».

V. – L'article L. 351-24-1 du même code est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du premier alinéa, les mots : « de deux mois » sont remplacés par les mots : « d'un mois », et la dernière phrase du même alinéa est supprimée ;

2° A la fin du troisième alinéa, les mots : « en tenant compte des caractéristiques du projet de création ou de reprise d'entreprise, notamment sa réalité, sa consistance, sa viabilité et la contribution à l'insertion professionnelle durable de l'intéressé, en fonction de l'environnement économique local » sont supprimés.

Article 13

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 14

I. – La dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 129-1 du code du travail est remplacée par cinq phrases ainsi rédigées :

« Toutefois, les associations intermédiaires, les communes, les centres communaux ou intercommunaux d'action sociale, les établissements publics de coopération intercommunale compétents, les organismes ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale au titre de leur action sociale, ainsi que les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service autorisé au titre du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles peuvent être agréés au titre du présent article pour leurs activités d'aide à domicile. Peuvent également être agréées les unions et fédérations d'associations pour leurs activités qui concourent directement à coordonner et délivrer les services à la personne. Peuvent également être agréés les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement de santé relevant de l'article L. 6111-1 du code de la santé publique, les centres de santé relevant de l'article L. 6323-1 du même code, ainsi que les organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service mentionné aux premier et deuxième alinéas de l'article L. 2324-1 du même code, pour leurs activités d'aide à domicile rendues aux personnes mentionnées au premier alinéa du présent article. Peuvent aussi être agréées les résidences-services relevant du chapitre IV *bis* de la loi n° 65-557 du 10 juillet 1965 fixant le statut de la copropriété des immeubles bâtis pour les services d'aide à domicile rendus aux personnes mentionnées au premier alinéa du présent article qui y résident. De même, les entreprises ou associations gestionnaires d'un service d'aide à

domicile, agréées en application des dispositions du premier alinéa, peuvent déposer une demande d'autorisation de créer un établissement ou un service dont l'activité relève du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles sans que leur agrément au titre du présent article puisse être remis en cause de ce simple fait. »

II. – Dans la première phrase du III *bis* de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « associations ou des entreprises de services à la personne » sont remplacés par le mot : « personnes ».

III. – Le 2° de l'article L. 313-1-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« 2° Soit à l'agrément prévu à l'article L. 129-1 du code du travail. »

IV. – Le IV de l'article L. 741-27 du code rural est ainsi rédigé :

« IV. – Les dispositions du III *bis* de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale sont applicables aux cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales dues sur les rémunérations des salariés affiliés au régime de protection sociale agricole, employés par les personnes et dans les conditions mentionnées à cet article. »

Article 15

Dans les entreprises et établissements de la branche des hôtels, cafés et restaurants, les majorations et repos compensateurs pour les heures qui peuvent être effectuées entre la trente-sixième et la trente-neuvième heure par les salariés autres que ceux exerçant des activités de nature administrative hors sites d'exploitation sont dues sous la forme forfaitaire de six jours ouvrables supplémentaires aux congés visés à l'article L. 223-2 du code du travail, ainsi que d'un jour férié supplémentaire à partir du 1^{er} juillet 2006. Ces jours supplémentaires peuvent être décomptés des congés de même nature ou ayant le même objet en application d'un accord collectif ou d'une décision de l'employeur.

Les heures comprises entre la trente-sixième et la trente-neuvième heure ouvrent droit aux mêmes exonérations que les heures comprises dans la durée légale du travail.

Ces dispositions sont applicables pour la période allant du 1^{er} janvier 2005 à la conclusion d'un accord de branche sur le temps de travail, et au plus tard jusqu'au 31 janvier 2007.

Article 16

I. – L'article L. 320-2 du code du travail est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est précédé d'un I ;

2° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – La négociation mentionnée au premier alinéa du I peut aussi porter sur la qualification des catégories d'emplois menacés par les évolutions économiques ou technologiques.

« Les indemnités de départ volontaire versées dans le cadre de l'accord collectif résultant, le cas échéant, de la négociation mentionnée au premier alinéa du présent II bénéficient des dispositions du 5° du 1 de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts lorsque les conditions suivantes sont remplies :

« 1° L'autorité administrative compétente ne s'est pas opposée à la qualification d'emplois menacés retenue par l'accord collectif ;

« 2° Le salarié dont le contrat de travail est rompu occupait effectivement un emploi classé dans une catégorie d'emplois menacés définie par l'accord collectif et a retrouvé un emploi stable à la date de la rupture de son contrat de travail ;

« 3° Un comité de suivi a été mis en place par l'accord collectif et ce comité a reconnu la stabilité de l'emploi de reclassement mentionné au 2°.

« Un décret précise les conditions d'application du présent II, notamment les caractéristiques de l'emploi retrouvé, ainsi que les principes d'organisation du comité de suivi. »

II. – Le 1 de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° La fraction des indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences dans les conditions prévues au II de l'article L. 320-2 du code du travail, n'excédant pas quatre fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités. »

III. – Dans l'antépénultième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « du code général des impôts », sont insérés les mots : « ainsi que les indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, ».

IV. – Après les mots : « à défaut par la loi ou », la fin du 5° du II de l'article L. 136-2 du même code est ainsi rédigée : « en l'absence de montant légal ou conventionnel pour ce motif, pour la fraction qui excède l'indemnité légale ou conventionnelle de licenciement. En tout état de cause, cette fraction ne peut être

inférieure au montant assujéti à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts. Sont également assujétiées toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail. »

V. – Dans le troisième alinéa de l'article L. 741-10 du code rural, après les mots : « code général des impôts, », sont insérés les mots : « ainsi que les indemnités de départ volontaire versées aux salariés dans le cadre d'un accord collectif de gestion prévisionnelle des emplois et des compétences, ».

Article 17

Le IV de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« A compter de l'exercice 2007, en cas d'écart positif entre le produit des impôts et taxes mentionnées au II et le montant de la perte de recettes liée aux allègements généraux mentionnés au I, le montant correspondant à cet écart est affecté à la sécurité sociale, dans les conditions fixées par la loi de financement de la sécurité sociale. En 2007, il est affecté à la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et fixé par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.

« A compter de l'exercice 2007, en cas d'écart négatif entre le produit des impôts et taxes mentionnées au II et le montant de la perte de recettes liée aux allègements généraux mentionnés au I, le montant correspondant à cet écart fait l'objet d'une régularisation par la plus prochaine loi de finances suivant la connaissance du montant définitif de la perte. »

Article 18

I. – Le code général de la propriété des personnes publiques est ainsi modifié :

1° L'article L. 1126-1 est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les sommes dues au titre de contrats d'assurance sur la vie comportant des valeurs de rachat ou de transfert et n'ayant fait l'objet, à compter du décès de l'assuré ou du terme du contrat, d'aucune demande de prestation auprès de l'organisme d'assurance depuis trente années. » ;

2° Dans l'article L. 2222-21, les références : « 1°, 2°, 3° et 4° » sont remplacées par les références : « 1° à 5° ».

II. – L'article L. 114-1 du code des assurances est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès de l'assuré. »

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

1° L'article L. 135-7 est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11° Les sommes acquises à l'Etat conformément au 5° de l'article L. 1126-1 du code général de la propriété des personnes publiques. » ;

2° L'article L. 932-13 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant. »

IV. – L'article L. 221-11 du code de la mutualité est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Pour les contrats d'assurance sur la vie, nonobstant les dispositions du 2°, les actions du bénéficiaire sont prescrites au plus tard trente ans à compter du décès du membre participant. »

V. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux contrats d'assurance sur la vie en cours comportant des valeurs de rachat ou de transfert et n'ayant fait l'objet, à compter du décès de l'assuré ou du terme du contrat, d'aucune demande de prestation à la date de publication de la présente loi.

Article 19

L'article L. 135-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le deuxième alinéa, les mots : « entreprises d'investissement qui exercent à titre principal » sont remplacés par les mots : « prestataires de services d'investissement qui exercent » ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, la gestion financière des actifs du fonds peut être assurée par ce dernier, sans recourir à des prestataires visés audit alinéa :

« – soit dans des cas exceptionnels, à titre temporaire et pour préserver la sécurité des actifs détenus par le fonds ;

« – soit quand le fonds décide d'investir dans des parts ou actions d'organismes de placement collectif et des parts, actions ou droits représentatifs d'un placement financier émis par ou dans des organismes de droit étranger ayant un objet équivalent, quelle que soit leur forme.

« Les conditions d'application de cette dérogation sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale. » ;

3° Le dernier alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « instruments financiers » sont remplacés par le mot : « actifs » ;

b) Le mot : « ceux » est remplacé par les mots : « les instruments financiers » ;

c) Sont ajoutés les mots : « et les droits représentatifs d'un placement financier ».

Article 20

I. – Le IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1 est ainsi rédigé :

« 1. La contribution sociale généralisée due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les revenus de placement mentionnés au présent article fait l'objet d'un versement déterminé sur la base du montant des revenus de placement soumis l'année précédente à la contribution sociale généralisée au titre des mois de décembre et janvier.

« Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement doit intervenir le 25 septembre pour 80 % de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les 20 % restants. Il est reversé dans un délai de dix jours francs après ces dates par l'Etat aux organismes affectataires. » ;

2° a) Le 3 est abrogé, le 2 devient 3 et, dans ce 3, la référence : « du 1 » est remplacée par la référence : « des 1 et 2 ».

b) Le 2 est ainsi rétabli :

« 2. Lorsque l'établissement payeur estime que le versement dû en application du 1 est supérieur à la contribution dont il sera redevable au titre des mois de décembre et janvier, il peut réduire ce versement à concurrence de l'excédent estimé. » ;

3° Il est ajouté un 4 ainsi rédigé :

« 4. Lorsque la contribution sociale généralisée réellement due au titre des mois de décembre et janvier est supérieure au versement réduit par l'établissement payeur en application du 2, la majoration prévue au 1 de l'article 1731 du code général des impôts s'applique à cette différence. L'assiette de cette majoration est toutefois limitée à la différence entre le montant du versement calculé dans les conditions du 1 et celui réduit dans les conditions du 2. »

II. – Dans la deuxième phrase du 2° de l'article L. 14-10-4 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « dans les mêmes conditions », sont insérés les mots : « et sous les mêmes sanctions ».

III. – Dans le premier alinéa du I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, la référence : « des 3° et 4° du II » et les mots : « autres que les contrats en unités de compte » sont supprimés.

IV. – L'article L. 136-7 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa du I, après la référence : « l'article 125 A du code général des impôts », sont insérés les mots : « , ainsi que les produits de même nature retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu lorsque la personne qui en assure le paiement est établie en France, » ;

2° Le III est abrogé.

V. – Dans le II de l'article 154 *quinquies* du code général des impôts, les mots : « et au II du même article » sont remplacés par les mots : « , au II du même article et aux revenus mentionnés au premier alinéa du I de l'article L. 136-7 du même code n'ayant pas fait l'objet du prélèvement prévu à l'article 125 A ».

VI. – Dans le deuxième alinéa du I de l'article 1600-0 G du même code, les mots : « , sous réserve des revenus des placements visés aux 3 et 4 du I de l'article 1600-0 J autres que les contrats en unités de comptes, » sont supprimés.

VII. – Le II de l'article 1600-0 J du même code est abrogé.

VIII. – Par dérogation aux dispositions de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, le produit de la contribution mentionnée aux articles L. 136-6 et L. 136-7 du même code est versé en 2007 à la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 1,08 %, au fonds institué par l'article L. 135-1 du même code pour la part correspondant à un taux de 1,03 %, à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie mentionnée à l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles pour la part correspondant à un taux de 0,10 % et aux régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les conditions fixées à l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, pour la part correspondant à un taux de 5,99 %.

IX. – Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois aux revenus perçus au cours de l'année 2007.

Article 21

I. – L'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le deuxième alinéa, après les mots : « en fonction de l'évolution », sont insérés les mots : « , avant application de la réduction représentative de frais professionnels mentionnée au I de l'article L. 136-2, » ;

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

« Les montants fixés par cet arrêté peuvent être majorés tous les trois ans, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, sur demande des régimes intéressés adressée au président de la commission de répartition, lorsque la réactualisation mentionnée à l'alinéa précédent, appliquée sur les trois derniers exercices, est inférieure à l'accroissement, sur la même période, de l'assiette des cotisations d'assurance maladie du régime demandeur. »

II. – Les dispositions du 1° du I sont applicables pour la première fois aux montants des attributions de contribution sociale généralisée fixés par arrêté au titre de l'année 2007, celles du 2° à compter des attributions relatives à l'exercice 2008.

Article 22

Le taux de la contribution mentionnée à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale due au titre du chiffre d'affaires réalisé au cours de l'année 2007 est fixé, à titre exceptionnel, à 1 %.

Article 23

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 24

Les établissements de santé peuvent reverser à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés une partie du produit net comptable des cessions de leurs terrains et bâtiments. Les sommes ainsi reversées sont exclusivement affectées au financement des investissements hospitaliers.

Article 25

I. – La deuxième phrase du sixième alinéa de l'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou réciproquement ».

II. – Le troisième alinéa de l'article L. 455-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« A défaut, la nullité du jugement sur le fond peut être demandée pendant deux ans à compter de la date à laquelle le jugement est devenu définitif soit à la requête du ministère public, soit à la demande des caisses de sécurité sociale intéressées ou du tiers responsable, lorsque ces derniers y ont intérêt. »

III. – Le troisième alinéa de l'article L. 376-1 du même code est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Les recours subrogatoires des caisses contre les tiers s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel.

« Conformément à l'article 1252 du code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été prise en charge que partiellement par les prestations sociales ; en ce cas, l'assuré social peut exercer ses droits contre le responsable, par préférence à la caisse subrogée.

« Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice. »

IV. – L'article 31 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation est ainsi rédigé :

« Art. 31. – Les recours subrogatoires des tiers payeurs s'exercent poste par poste sur les seules indemnités qui réparent des préjudices qu'elles ont pris en charge, à l'exclusion des préjudices à caractère personnel.

« Conformément à l'article 1252 du code civil, la subrogation ne peut nuire à la victime subrogeante, créancière de l'indemnisation, lorsqu'elle n'a été indemnisée qu'en partie ; en ce cas, elle peut exercer ses droits contre le responsable, pour ce qui lui reste dû, par préférence au tiers payeur dont elle n'a reçu qu'une indemnisation partielle.

« Cependant, si le tiers payeur établit qu'il a effectivement et préalablement versé à la victime une prestation indemnisant de manière incontestable un poste de préjudice personnel, son recours peut s'exercer sur ce poste de préjudice. »

V. – L'article 475-1 du code de procédure pénale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article sont également applicables aux organismes tiers payeurs intervenant à l'instance. »

VI. – Dans le quatrième alinéa de l'article L. 752-23 du code rural, après les mots : « en déclaration de jugement commun », sont insérés les mots : « ou réciproquement ».

Article 26

Après l'article L. 726-2 du code rural, il est inséré un article L. 726-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 726-3. – Le conseil d'administration de la caisse de mutualité sociale agricole ainsi que les assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13 peuvent financer des actions destinées à venir en aide aux assurés éprouvant des difficultés pour régler les cotisations légales de sécurité sociale, la contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale. Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application du présent article. Il fixe notamment les cotisations et contributions éligibles à ces actions, la nature des aides, les modalités de fixation de l'enveloppe annuelle maximum affectée à chaque caisse et aux assureurs mentionnés aux articles L. 731-30 et L. 752-13, ainsi que la procédure applicable. »

Article 27

I. – Dans le IV de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 242-1, », sont insérés les mots : « ou pour les salariés du secteur agricole à l'article L. 741-10 du code rural ».

II. – Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 871-1 du même code, après la référence : « L. 242-1, », sont insérés les mots : « ou pour les salariés du secteur agricole des sixième et huitième alinéas de l'article L. 741-10 du code rural ».

III. – L'article L. 741-10 du code rural est ainsi modifié :

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

« Elle comprend également la compensation salariale d'une perte de rémunération induite par une mesure de réduction du temps de travail, qu'elle prenne la forme, notamment, d'un complément différentiel de salaire ou d'une hausse du taux du salaire horaire. » ;

2° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

« Sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa les contributions mises à la charge des employeurs en application d'une disposition législative ou réglementaire ou d'un accord national interprofessionnel mentionné à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale destinées au financement des régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre I^{er} du titre II du livre IX du même code ou versées en couverture d'engagements de retraite souscrits antérieurement à l'adhésion des employeurs aux institutions mettant en œuvre les régimes institués en application de l'article L. 921-4 du même code et dues au titre de la part patronale en application des textes régissant ces couvertures d'engagements de retraite complémentaire. » ;

3° Le 2° est complété par les mots : « , à condition, lorsque ces contributions financent des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, que ces garanties ne couvrent pas la participation mentionnée au II de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale » ;

4° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les attributions gratuites d'actions effectuées conformément aux dispositions des articles L. 225-197-1 à L. 225-197-3 du code de commerce sont exclues de l'assiette des cotisations mentionnées au premier alinéa si sont respectées les conditions d'attribution fixées par le conseil d'administration ou, le cas échéant, le directoire en application des dispositions du sixième alinéa de l'article L. 225-197-1 du même code et si l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions gratuites ont été attribuées définitivement au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'eux. À défaut, l'employeur est tenu au paiement de la totalité des cotisations sociales, y compris pour leur part salariale.

« Les dispositions de l'alinéa précédent sont également applicables lorsque l'attribution est effectuée, dans les mêmes conditions, par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle l'attributaire exerce son activité. »

IV. – Après l'article L. 741-10 du même code, il est inséré un article L. 741-10-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 741-10-1. – Les rémunérations, versées ou dues à des salariés, qui sont réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction définie aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 324-10 du code du travail ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale ou de minoration de l'assiette de ces cotisations. »

V. – Le premier alinéa du II de l'article L. 741-16 du même code est ainsi rédigé :

« Les groupements d'employeurs composés pour partie des employeurs mentionnés au I du présent article exerçant une ou plusieurs des activités visées à ce même I bénéficient pour lesdits employeurs des taux réduits de cotisations, sous réserve que le chiffre d'affaires annuel de ces groupements soit réalisé majoritairement avec des adhérents dont les salariés sont affiliés au régime agricole. Donnent lieu à cet allègement les rémunérations des salariés embauchés entre le 1^{er} janvier 2006 et le 31 décembre 2007, et ce pendant deux ans à compter de l'embauche. »

VI. – Les dispositions du II et du 3° du III s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2007 aux contrats nouveaux ou reconduits.

Article 28

I. – Le premier alinéa de l'article L. 731-15 du code rural est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Ces revenus professionnels proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours desdites années. »

II. – L'article L. 731-19 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Ces revenus professionnels proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours de l'année de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours de ladite année. »

III. – L'article L. 731-23 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 731-23.* – Les personnes qui dirigent une exploitation ou une entreprise agricole dont l'importance est inférieure à celle définie à l'article L. 722-5 et supérieure à un minimum fixé par décret ont à leur charge une cotisation de solidarité calculée en pourcentage de leurs revenus professionnels définis à l'article L. 731-14, afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la cotisation est due. Ces revenus professionnels proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours de l'année de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours de ladite année. À défaut de revenu, la cotisation de solidarité est déterminée sur la base d'une assiette forfaitaire provisoire déterminée dans des conditions fixées par décret. Cette assiette forfaitaire est régularisée lorsque les revenus sont connus. Le taux de la cotisation est fixé par décret. »

Article 29

Le deuxième alinéa du I et le deuxième alinéa du VII de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale sont complétés par une phrase ainsi rédigée :

« Ces revenus proviennent de l'ensemble des activités agricoles exercées au cours de la ou des années de référence, y compris lorsque l'une de ces activités a cessé au cours de la ou desdites années. »

Article 30

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général sont également habilités dans le cadre de leurs contrôles à vérifier l'assiette, le taux et le calcul, d'une part, des cotisations destinées au financement des régimes de retraites complémentaires obligatoires mentionnés au chapitre I^{er} du titre II du livre IX du présent code pour le compte des institutions gestionnaires de ces régimes et, d'autre part, des contributions d'assurance chômage et des cotisations prévues par l'article L. 143-11-6 du code du travail pour le compte des institutions gestionnaires mentionnées à l'article L. 351-21 du même code. Le résultat de ces vérifications est transmis auxdites institutions aux fins de recouvrement.

« Des conventions conclues entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et, d'une part, les organismes nationaux qui fédèrent les institutions relevant du chapitre I^{er} du titre II du livre IX du présent code et, d'autre part, l'organisme national qui fédère les institutions gestionnaires mentionnées à l'article L. 351-21 du code du travail fixent notamment les modalités de transmission du résultat des vérifications et la rémunération du service rendu par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général. »

II. – Le II de l'article 22 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est ainsi modifié :

1° A la fin du premier alinéa, l'année : « 2006 » est remplacée par l'année : « 2007 » ;

2° A la fin du second alinéa, l'année : « 2007 » est remplacée par l'année : « 2008 ».

Article 31

I. – L'article L. 242-4-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

II. – Les dispositions du I s'appliquent à compter de la publication de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances.

III. – La mise en œuvre des deux premiers alinéas de l'article 6 de l'ordonnance n° 2006-433 du 13 avril 2006 relative à l'expérimentation du contrat de transition professionnelle ne donne pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

Les dispositions de l'alinéa précédent s'appliquent à compter de la publication de l'ordonnance n° 2006-433 du 13 avril 2006 précitée et au plus tard jusqu'au 31 mai 2008.

IV. – L'article L. 161-1-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'exonération dont bénéficient les personnes mentionnées aux 8° et 9° de l'article L. 351-24 du code du travail ainsi que la prolongation de la durée d'exonération prévue au premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale. »

Article 32

Est approuvé le montant de 2,9 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, des réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 33

Pour l'année 2007, 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.....	166,2
Vieillesse	167,7
Famille.....	54,6
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	11,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	394,8

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes
Maladie.....	142,8
Vieillesse	85,4
Famille.....	54,1
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	10,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	287,5

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes
Fonds solidarité vieillesse.....	13,9
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.....	14,5

Article 34

Pour l'année 2007, 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.....	166,2	170,1	- 4,0
Vieillesse	167,7	170,6	- 2,9
Famille	54,6	55,3	- 0,7
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	11,5	11,4	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	394,8	402,3	- 7,5

Article 35

Pour l'année 2007, 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.....	142,8	146,7	- 3,9
Vieillesse	85,4	88,9	- 3,5
Famille	54,1	54,9	- 0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	10,3	10,2	0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	287,5	295,5	- 8,0

Article 36

Pour l'année 2007, 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	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Fonds de solidarité vieillesse	13,9	14,5	- 0,6
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.....	14,5	16,6	- 2,1

Article 37

I. – Pour l'année 2007, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,5 milliards d'euros.

II. – Pour l'année 2007, les prévisions de recettes par catégorie affectées au fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes
Prélèvement social 2 %.....	1,6

	PRÉVISIONS de recettes
Affectation de l'excédent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse.....	-
Affectation de l'excédent du fonds de solidarité vieillesse	-
Avoirs d'assurance vie en déshérence.....	0,0 (*)
Revenus exceptionnels (privatisations)	-
Autres recettes affectées.....	-
Total	1,6
(*) 20 millions d'euros.	

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 38

L'article L. 213-3 du code monétaire et financier est ainsi modifié :

1° Après le 9, il est inséré un 10 ainsi rédigé :

« 10. L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;

2° Dans le dernier alinéa, les références : « 8 et 9 » sont remplacées par les références : « 8, 9 et 10 ».

Article 39

I. – Après le cinquième alinéa de l'article 2425 du code civil, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du cinquième alinéa s'appliquent à l'inscription de l'hypothèque légale des organismes gestionnaires d'un régime obligatoire de protection sociale. »

II. – Après l'article 45-4 de la loi du 1^{er} juin 1924 mettant en vigueur la législation civile française dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, il est inséré un article 45-5 ainsi rédigé :

« Art. 45-5. – Les dispositions de l'article 45-4 s'appliquent à l'inscription de l'hypothèque légale des organismes gestionnaires d'un régime obligatoire de protection sociale. »

III. – L'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Au début de l'alinéa, sont insérés les mots : « Dès lors qu'elles dépassent un montant fixé par décret, » ;

b) Il est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Le montant mentionné au présent alinéa est fixé en fonction de la catégorie à laquelle appartient le cotisant et de l'effectif de son entreprise. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La règle d'antériorité du rang de l'inscription hypothécaire fixée à l'avant-dernier alinéa de l'article 2425 du code civil et à l'article 45-5 de la loi du 1^{er} juin 1924 mettant en vigueur la législation civile française dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle s'applique aux hypothèques mentionnées aux articles L. 243-4 et L. 244-9 du présent code. »

IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2007.

Article 40

I. – L'intitulé de la section 5 du chapitre III du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « Encaissement et déclaration des cotisations, contributions et taxes sociales recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 ».

II. – L'article L. 243-14 du même code est ainsi modifié :

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

« Lorsque le montant des cotisations, contributions et taxes mentionnées à l'alinéa précédent est supérieur à 7 millions d'euros au titre d'une année civile, le mode de paiement dématérialisé est obligatoirement le virement bancaire. » ;

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

« II *bis*. – Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise mentionnés aux I et II, redevables de cotisations, contributions et taxes pour un montant supérieur à 800 000 € au titre d'une année civile, sont tenus d'effectuer leurs déclarations sociales, au titre des sommes dont ils sont redevables l'année suivante, par voie électronique, dans les conditions prévues à l'article L. 133-5. »

III. – A. – Le II *bis* de l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale s'applique à partir du 1^{er} juillet 2007.

B. – Dans le même II *bis*, le montant : « 800 000 € » est remplacé par le montant : « 400 000 € » à compter du 1^{er} janvier 2008 et par le montant : « 150 000 € » à compter du 1^{er} janvier 2009.

IV. – Après l'article L. 651-5-2 du même code, il est inséré un article L. 651-5-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 651-5-3. – Les sociétés et entreprises dont le chiffre d'affaires défini à l'article L. 651-5 est supérieur ou égal à 5 millions d'euros sont tenues d'effectuer la déclaration prévue au même article et le paiement de la contribution sociale de solidarité par voie électronique auprès de l'organisme chargé du recouvrement mentionné à l'article L. 651-4. Pour se conformer à cette obligation, les sociétés et entreprises utilisent les services de télédéclaration et de télé règlement mis à disposition dans les conditions prévues à l'article L. 133-5.

« Lorsque la transmission de la déclaration n'est pas faite suivant les modalités définies à l'alinéa précédent, il est appliqué une majoration de 0,2 % du montant de la contribution sociale de solidarité dont est redevable la société ou l'entreprise.

« Il est également appliqué une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué dans des conditions différentes de celles prévues au premier alinéa. »

V. – Dans l'article L. 651-7 du même code, la référence : « L. 243-14, » est supprimée.

VI. – L'article L. 651-9 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « et les majorations de retard » sont remplacés par les mots : « et des majorations de retard ainsi que celles des majorations prévues à l'article L. 651-5-3 » ;

2° Dans le second alinéa, les mots : « de retard » sont supprimés.

VII. – Les dispositions des IV à VI sont applicables pour la première fois à la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés due à compter du 1^{er} janvier 2007.

VIII. – Dans le premier alinéa de l'article L. 651-5-3 du code de la sécurité sociale, le montant : « 5 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 1 500 000 € » à compter du 1^{er} janvier 2008 et par le montant : « 760 000 € » à compter du 1^{er} janvier 2009.

Article 41

I. – L'article L. 134-2 du code des juridictions financières est abrogé.

II. – Dans le code de la sécurité sociale, sont supprimés :

1° La dernière phrase de l'article L. 154-1 ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 154-2.

III. – L'article L. 723-7 du code rural est ainsi modifié :

1° Après les mots : « à l'approbation de », la fin de la première phrase du III est ainsi rédigée : « l'organisme de mutualité sociale agricole détenant la participation majoritaire. » ;

2° Dans le IV, les références : « , II et III » sont remplacées par le mot et la référence : « et II ».

IV. – Les dispositions du présent article sont applicables à partir du 1^{er} janvier 2008.

Article 42

L'article 26 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte est ainsi modifié :

1° Dans le III, la référence : « I » est remplacée par la référence : « II » ;

2° Sont ajoutés un V et un VI ainsi rédigés :

« V. – A compter de l'exercice 2007, les sommes constitutives des réserves de la caisse de sécurité sociale de Mayotte constatées au titre des résultats excédentaires des années antérieures des différents risques et actions autres que le régime d'assurance vieillesse sont affectées au financement du régime d'assurance maladie-maternité à l'exception d'une somme affectée au financement du programme immobilier nécessaire au fonctionnement de la caisse. Les modalités d'application du présent V sont fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« VI. – A compter du 1^{er} janvier 2008, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale est chargée d'assurer la gestion commune de la trésorerie des différents régimes et actions gérés par la caisse de sécurité sociale de Mayotte.

« En vue de clarifier la gestion des différents régimes et actions gérés par la caisse, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale assure l'individualisation de la trésorerie de chaque régime et action par un suivi permanent en prévision et en réalisation comptable ; elle établit l'état prévisionnel de la trésorerie de chaque régime et action. »

Article 43

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

(En millions d'euros)

	LIMITES
Régime général	28 000
Régime des exploitants agricoles (Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles)....	7 100
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.....	350
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État.....	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	200
Caisse nationale des industries électriques et gazières	500
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens.....	50

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2007

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 44

Dans le premier alinéa de l'article L. 6133-5 du code de la santé publique, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « cinq ».

Article 45

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 46

Dans le 3° de l'article L. 323-6 du code de la sécurité sociale, les mots : « , qui ne peuvent excéder trois heures consécutives par jour » sont remplacés par les mots : « selon des règles et des modalités prévues par décret en Conseil d'Etat après avis de la Haute Autorité de santé ».

Article 47

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 48

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 6312-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le transport de personnes décédées, en vue de prélèvement à des fins thérapeutiques, effectué à l'aide de moyens de transports terrestres, aériens ou maritimes, spécialement adaptés à cet effet, est considéré comme un transport sanitaire depuis le lieu de prise en charge de la personne décédée jusqu'à l'établissement de santé autorisé à pratiquer ces prélèvements. »

II. – L'article L. 2223-43 du code général des collectivités territoriales est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions des deux premiers alinéas du même article ne s'appliquent pas aux établissements de santé publics ou privés qui assurent le transport des corps de personnes décédées, en vue de prélèvement à des fins thérapeutiques, vers les établissements de santé autorisés à pratiquer ces prélèvements. »

Article 49

Le II de l'article L. 380-3-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II. – Toutefois, les travailleurs frontaliers occupés en Suisse et exemptés d'affiliation obligatoire au régime suisse d'assurance maladie peuvent demander à ce que les dispositions du I ne leur soient pas appliquées, ainsi qu'à leurs ayants droit, jusqu'à la fin des dispositions transitoires relatives à la libre circulation des personnes entre la Suisse et l'Union européenne, soit douze ans à partir de l'entrée en vigueur de l'accord du 21 juin 1999 précité, à condition d'être en mesure de produire un contrat d'assurance maladie les couvrant, ainsi que leurs ayants droit, pour l'ensemble des soins reçus sur le territoire français. Ces dispositions ne sont pas applicables aux travailleurs frontaliers, ainsi qu'à leurs ayants droit, affiliés au régime général à la date d'entrée en vigueur de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007. Les travailleurs ayant formulé une telle demande peuvent ultérieurement y renoncer à tout moment, pour eux-mêmes et pour leurs ayants droit indistinctement, et sont, à partir de la date de cette renonciation, affiliés au régime général en application des dispositions du I. »

Article 50

I. – Le titre VI du livre VIII du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° a) L'intitulé du titre est complété par les mots : « et aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé ».

b) L'intitulé du chapitre I^{er} est ainsi rédigé : « Dispositions relatives à la protection complémentaire en matière de santé ».

c) L'intitulé du chapitre III est ainsi rédigé : « Dispositions relatives à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire de santé » ;

2° Dans le premier alinéa de l'article L. 863-1, le taux : « 15 % » est remplacé par le taux : « 20 % » ;

3° Le premier alinéa des articles L. 861-1 et L. 863-1 est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Le montant du plafond applicable au foyer considéré est arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 est comptée pour 1. »

II. – Le 2° du I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2007 et le 3° du I entre en vigueur le 1^{er} juillet 2007.

Article 51

L'article L. 4311-1 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des dispositifs médicaux que les infirmiers, lorsqu'ils agissent sur prescription médicale, peuvent prescrire à leurs patients sauf en cas d'indication contraire du médecin et sous réserve, pour les dispositifs médicaux pour lesquels l'arrêté le précise, d'une information du médecin traitant désigné par leur patient. »

Article 52

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 53

Dans l'article L. 4141-2 du code de la santé publique, le mot : « médicaments » est remplacé par les mots : « actes, produits et prestations ».

Article 54

I. – L'article L. 4342-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Art. L. 4342-1. – Est considérée comme exerçant la profession d'orthoptiste toute personne qui exécute habituellement des actes professionnels d'orthoptie, définis par décret en Conseil d'Etat pris après avis de l'Académie nationale de médecine.

« Les orthoptistes ne peuvent pratiquer leur art que sur ordonnance médicale ou, dans le cadre notamment du cabinet d'un médecin ophtalmologiste, sous la responsabilité d'un médecin. »

II. – Le chapitre II du titre VI du livre III de la quatrième partie du même code est complété par deux articles L. 4362-10 et L. 4362-11 ainsi rédigés :

« *Art. L. 4362-10.* – Les opticiens-lunetiers peuvent adapter, dans le cadre d'un renouvellement, les prescriptions médicales initiales de verres correcteurs datant de moins de trois ans dans des conditions fixées par décret, à l'exclusion de celles établies pour les personnes âgées de moins de seize ans et sauf opposition du médecin.

« L'opticien-lunetier informe la personne appareillée que l'examen de la réfraction pratiqué en vue de l'adaptation ne constitue pas un examen médical.

« *Art. L. 4362-11.* – Les opticiens-lunetiers sont tenus de respecter les règles d'exercice et, en tant que de besoin, d'équipement fixées par décret. »

Article 55

L'article L. 6211-2-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6211-2-1.* – Les laboratoires établis dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen peuvent effectuer des analyses de biologie médicale au sens de l'article L. 6211-1 sur des prélèvements réalisés en France à destination d'assurés d'un régime français de sécurité sociale dans les conditions définies aux alinéas suivants.

« Lorsque le laboratoire est installé dans un Etat membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen dont les conditions d'autorisation ou d'agrément ont été préalablement reconnues équivalentes à celles du présent livre, il adresse une déclaration attestant qu'il bénéficie d'une autorisation ou d'un agrément délivré par les autorités compétentes.

« Lorsque le laboratoire ne répond pas aux conditions définies au deuxième alinéa, l'exécution des analyses est subordonnée à l'obtention d'une autorisation administrative qui lui est délivrée après vérification que ses conditions de fonctionnement sont équivalentes à celles définies par le présent livre. »

Article 56

I. – Après l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-16-5-1.* – Le laboratoire titulaire des droits d'exploitation d'un médicament bénéficiant d'une autorisation temporaire d'utilisation prévue à l'article L. 5121-12 du code de la santé publique déclare au comité économique des produits de santé le montant de l'indemnité maximale qu'il réclame aux établissements de santé pour le produit. En l'absence de laboratoire exploitant, toute pharmacie à usage intérieur intéressée à l'achat de ce médicament déclare au comité le montant de l'indemnité qui lui est réclamée pour acquérir le produit si cette indemnité n'a pas déjà fait l'objet d'une déclaration au comité. Le comité rend publiques ces déclarations.

« Le laboratoire exploitant la spécialité ou, à défaut, les pharmacies à usage intérieur qui se sont procuré ce produit informent annuellement le comité économique du chiffre d'affaires correspondant à ces spécialités ainsi que du nombre d'unités fournies ou reçues.

« Si le prix ou le tarif de remboursement fixé ultérieurement par le comité économique des produits de santé pour le médicament lors de son inscription au remboursement au titre d'une autorisation de mise sur le marché est inférieur au montant de l'indemnité déclarée au comité, ce dernier demande au laboratoire de reverser à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, sous forme de remise, tout ou partie de la différence entre le chiffre d'affaires facturé aux établissements de santé sur la base de l'indemnité et celui qui aurait résulté de la valorisation des unités vendues au prix ou au tarif de remboursement fixé par le comité. Le produit de cette remise est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8. »

II. – A la fin du 2° de l'article L. 162-17-4 du même code, la référence : « de l'article L. 162-18 » est remplacée par les références : « des articles L. 162-18 et L. 162-16-5-1 ».

III. – Dans le sixième alinéa de l'article L. 5121-12 du code de la santé publique, les mots : « ; il adresse également périodiquement au ministre chargé de la santé des informations sur le coût pour l'assurance maladie du médicament bénéficiant de l'autorisation octroyée » sont supprimés.

IV. – Après l'article L. 162-17-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-17-2-1.* – Lorsqu'il n'existe pas d'alternative appropriée, toute spécialité pharmaceutique, tout produit ou toute prestation prescrit en dehors du périmètre des biens et services remboursables pour le traitement d'une affection de longue durée remplissant les conditions prévues au 3° ou au 4° de l'article L. 322-3 ou d'une maladie rare telle que définie par le règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins peut faire l'objet, à titre dérogatoire et pour une durée limitée, d'une prise en charge ou d'un remboursement, à condition que la spécialité, le produit ou la prestation figure dans un avis ou une recommandation relatifs à une catégorie de malades formulés par la Haute Autorité de santé après consultation, pour les produits mentionnés à l'article L. 5311-1 du code de la santé publique, de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. La prise en charge ou le remboursement sont décidés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. L'arrêté peut fixer des conditions de prise en charge et comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de déposer, notamment, pour l'indication considérée,

une demande d'autorisation de mise sur le marché ou une demande d'inscription du produit ou de la prestation sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique. Il peut également comporter l'obligation pour le laboratoire ou le fabricant de mettre en place un suivi particulier des patients. Cet arrêté peut également fixer les conditions de prise en charge d'une catégorie de spécialités pharmaceutiques, produits ou prestations présentant des caractéristiques analogues.

« Les spécialités, produits ou prestations faisant l'objet de l'arrêté ne peuvent être pris en charge que si leur utilisation est indispensable à l'amélioration de l'état de santé du patient ou pour éviter sa dégradation. Ils doivent en outre être inscrits explicitement dans le protocole de soins mentionné à l'article L. 324-1 du présent code. L'arrêté précise le délai au terme duquel le médecin-conseil et le médecin traitant évaluent conjointement l'opportunité médicale du maintien de la prescription de la spécialité, du produit ou de la prestation.

« Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation bénéficie d'au moins une indication remboursable, il est pris en charge ou remboursé en application des dispositions des alinéas précédents dans les mêmes conditions que celles qui s'appliquent à l'indication ou aux indications prises en charge.

« Lorsque la spécialité pharmaceutique, le produit ou la prestation n'est inscrit sur aucune des listes mentionnées aux articles L. 162-17 ou L. 165-1 du présent code ou à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique, il est pris en charge ou remboursé dans la limite d'une base forfaitaire annuelle par patient fixée par décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

« Si l'arrêté de prise en charge comporte une obligation pour le laboratoire ou le fabricant édictée en application du premier alinéa du présent article et que, passé un délai de vingt-quatre mois après la publication de l'arrêté, cette obligation n'a pas été respectée, le comité économique des produits de santé peut fixer, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du laboratoire ou du fabricant. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 10 % du chiffre d'affaires réalisé en France par l'entreprise au titre du dernier exercice clos pour le produit considéré ; elle est reconductible, le cas échéant, chaque année.

« Les dispositions de l'article L. 138-20 du présent code s'appliquent à la pénalité mentionnée à l'alinéa précédent. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours de pleine juridiction.

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

V. – L'article L. 182-2 du même code est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° De rendre un avis sur le montant de la base forfaitaire annuelle mentionnée à l'article L. 162-17-2-1. »

VI. – L'article L. 162-16-7 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« La dispense d'avance de frais totale ou partielle mentionnée au 4° de l'article L. 162-16-1 consentie aux assurés ainsi qu'aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire prévue à l'article L. 861-1, lors de la facturation à l'assurance maladie de médicaments appartenant à un groupe générique tel que défini à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, est subordonnée à l'acceptation par ces derniers de la délivrance d'un médicament générique, sauf dans les groupes génériques soumis au tarif forfaitaire de responsabilité défini à l'article L. 162-16 ou lorsqu'il existe des génériques commercialisés dans le groupe dont le prix est supérieur ou égal à celui du princeps. Cette disposition ne s'applique pas non plus dans les cas pour lesquels la substitution peut poser des problèmes particuliers au patient, y compris les cas prévus à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

« L'accord national mentionné au premier alinéa peut décider de maintenir la dispense d'avance de frais dans les zones géographiques pour lesquelles les niveaux de substitution sont supérieurs aux objectifs fixés par cet accord. La suppression de la dispense d'avance de frais s'applique dans les zones géographiques n'ayant pas atteint, au début d'une année, les objectifs fixés pour l'année précédente par les partenaires conventionnels mentionnés au premier alinéa. »

VII. – Le septième alinéa de l'article L. 861-3 du même code est complété par les mots : « dans les conditions fixées au troisième alinéa de l'article L. 162-16-7. »

Article 57

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 58

I. – Après l'article L. 5121-9 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-9-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 5121-9-1. – Lorsqu'un médicament est autorisé dans un autre Etat membre de la Communauté européenne ou un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen mais qu'il ne fait l'objet en France

ni de l'autorisation de mise sur le marché prévue à l'article L. 5121-8, ni d'une demande en cours d'instruction en vue d'une telle autorisation, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peut, pour des raisons de santé publique justifiées, autoriser la mise sur le marché de ce médicament. L'autorisation peut être délivrée pour une durée déterminée et renouvelée dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

II. – Dans l'article L. 5123-2 du même code, après la référence : « L. 5121-8, », est insérée la référence : « L. 5121-9-1, ».

III. – Dans le premier alinéa de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale, après les mots : « disposant d'une autorisation de mise sur le marché », sont insérés les mots : « , de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5124-17-1 du code de la santé publique ou de l'autorisation mentionnée à l'article L. 5121-9-1 du même code ».

IV. – L'article L. 5124-13 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Une telle autorisation n'est pas requise pour le particulier qui transporte personnellement un médicament.

« Lorsqu'un particulier procède à l'importation d'un médicament par une autre voie que le transport personnel, il n'est pas non plus soumis à l'obligation d'une autorisation préalable si ce médicament fait l'objet d'une autorisation de mise sur le marché au sens de l'article 6 de la directive 2001/83/CE du Parlement européen et du Conseil, du 6 novembre 2001, instituant un code communautaire relatif aux médicaments à usage humain ou d'un enregistrement au sens des articles 14 et 16 *bis* de la même directive dans un Etat membre de la Communauté européenne ou un Etat partie à l'accord sur l'Espace économique européen. »

Article 59

I. – Dans l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-16-5 du code de la sécurité sociale, après le mot : « précise », sont insérés les mots : « la procédure, ».

II. – Dans l'avant-dernier alinéa du I de l'article L. 162-16-6 du même code, après le mot : « procédure », le mot : « et » est remplacé par une virgule.

Article 60

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

« L'avis de la Haute Autorité de santé n'est pas nécessaire lorsque la décision ne modifie que la hiérarchisation d'un acte ou d'une prestation. »

II. – L'article L. 161-45 du même code est ainsi modifié :

1° Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par arrêté des ministres chargés 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 ; »

2° Le 7° est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« 7° Une contribution financière due par les établissements de santé ainsi que par les groupements, réseaux et installations de chirurgie esthétique à l'occasion de la procédure prévue par les articles L. 6113-3, L. 6113-4 et L. 6322-1 du code de la santé publique au titre de chacun de leurs sites d'implantation donnant lieu à certification. La certification des installations de chirurgie esthétique implantées dans les établissements de santé ne donne pas lieu à versement d'une contribution distincte.

« Les montants de cette contribution sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction du nombre cumulé des journées d'hospitalisation et des venues dans l'établissement de santé, le groupement, le réseau ou l'installation de chirurgie esthétique au cours de l'année précédant la visite. Ils ne peuvent être inférieurs à 2 500 €, ni supérieurs à 55 000 €. Cette contribution est exigible dès la notification de la date de la visite de certification. Elle est recouvrée selon les modalités prévues pour le recouvrement des créances des établissements publics administratifs de l'Etat. »

III. – Dans le second alinéa de l'article L. 6113-4 du code de la santé publique, les mots : « autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé en vertu de l'article L. 6132-2 ainsi que les groupements de coopération sanitaire mentionnés à l'article L. 6133-1 » sont remplacés par les mots : « et les groupements de coopération sanitaire autorisés à assurer les missions d'un établissement de santé en vertu, respectivement, des articles L. 6132-2 et L. 6133-1 ».

IV. – Dans le deuxième alinéa de l'article L. 1411-6 du même code, après les mots : « dont la liste est fixée », sont insérés les mots : « , après avis de la Haute Autorité de santé, ».

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

1° Après le 5° de l'article L. 161-37, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Rendre un avis sur tout projet de loi ou de décret instituant des modes particuliers de soins préventifs ou curatifs. » ;

2° Après le 2° de l'article L. 161-40, il est inséré un 2° bis ainsi rédigé :

« 2° bis Rendre un avis sur la liste des consultations médicales périodiques de prévention et des examens de dépistage mis en œuvre dans le cadre des programmes de santé visés à l'article L. 1411-6 du code de la santé publique ; ».

Article 61

L'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 4°, il est inséré un 4° bis ainsi rédigé :

« 4° bis Les conditions et les modalités de mise en œuvre des études pharmaco-épidémiologiques, postérieurement à l'obtention de l'autorisation de mise sur le marché visée à l'article L. 5121-8 du code de la santé publique ou dans le règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil, du 22 juillet 1993, établissant des procédures communautaires pour l'autorisation et la surveillance des médicaments à usage humain et à usage vétérinaire et instituant une agence européenne pour l'évaluation des médicaments ; »

2° Dans le 5°, les références : « au 3° et au 4° » sont remplacées par les références : « aux 3°, 4° et 4° bis ».

Article 62

L'article L. 162-1-13 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, après la référence : « L. 162-14 », est insérée la référence : « , L. 162-16-1 » ;

2° Dans le troisième alinéa, après les mots : « aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre », sont insérés les mots : « , à l'article L. 162-16-1 ».

Article 63

L'article L. 162-4-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-4-2. – La prise en charge par l'assurance maladie de soins ou traitements susceptibles de faire l'objet de mésusage, d'un usage détourné ou abusif, dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, est subordonnée à l'obligation faite au patient d'indiquer au prescripteur, à chaque prescription, le nom du pharmacien qui sera chargé de la délivrance et à l'obligation faite au médecin de mentionner ce nom sur la prescription qui doit alors être exécutée par ce pharmacien.

« L'arrêté mentionné à l'alinéa précédent désigne, parmi les soins ou traitements figurant sur la liste, ceux pour lesquels, compte tenu des risques importants de mésusage, d'usage détourné ou abusif, la prise en charge par l'assurance maladie est subordonnée à l'élaboration du protocole de soins prévu par l'article L. 324-1 soit pour l'ensemble des patients en cas de risque majeur pour leur santé, soit seulement en cas de constatation par les services du contrôle médical de l'assurance maladie d'usage détourné ou abusif. La prescription des soins et traitements ainsi désignés peut être antérieure à l'établissement du protocole prévu à l'article L. 324-1. »

Article 64

I. – Après l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5125-23-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 5125-23-1. – Dans le cadre d'un traitement chronique, à titre exceptionnel et sous réserve d'informer le médecin prescripteur, lorsque la durée de validité d'une ordonnance renouvelable est expirée et afin d'éviter toute interruption de traitement préjudiciable à la santé du patient, le pharmacien peut dispenser, dans le cadre de la posologie initialement prévue et dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance, les médicaments nécessaires à la poursuite du traitement.

« Les conditions d'application du présent article sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. Les catégories de médicament exclues du champ d'application du présent article sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé sur proposition de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

II. – L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments dispensés par un pharmacien en application de l'article L. 5125-23-1 du code de la santé publique sont pris en charge par les organismes d'assurance maladie dans la limite d'une seule boîte par ligne d'ordonnance au-delà de la durée de traitement initialement prescrite. »

Article 65

Le chapitre V du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par deux articles L. 165-8 et L. 165-9 ainsi rédigés :

« Art. L. 165-8. – La publicité auprès du public pour les produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 ne peut mentionner que ces produits ou ces prestations peuvent être remboursés par l'assurance maladie ou par un régime complémentaire.

« Cette disposition ne s'oppose pas à ce que tout opérateur vendant au public de tels produits ou prestations fournisse au consommateur, sur le lieu de la vente et au moment de celle-ci, toute information sur son prix

ainsi que sur les conditions de prise en charge par l'assurance maladie du produit ou de la prestation offerte à la vente, de ses différents éléments constitutifs dans le cas de dispositifs modulaires et des adjonctions ou suppléments éventuels.

« Les infractions au présent article sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions à l'article L. 121-1 du code de la consommation. Elles sont punies d'une amende de 37 500 €, dont le montant maximum peut être porté à 50 % des dépenses de la publicité constituant l'infraction.

« Art. L. 165-9. – Tout audioprothésiste est tenu de remettre à l'assuré ou à son ayant droit, avant la conclusion du contrat de vente, un devis détaillé comportant le prix de vente hors taxe de chaque appareil proposé et de chaque prestation d'adaptation associée, ainsi que le prix net toutes taxes comprises à payer et le tarif de responsabilité correspondant figurant sur la liste des produits et prestations remboursables mentionnée à l'article L. 165-1.

« Avant le paiement, l'audioprothésiste remet à l'assuré ou à son ayant droit une note détaillée reprenant les mêmes éléments.

« La note est jointe à la feuille de soins. L'audioprothésiste conserve un double du devis et de la note durant deux ans.

« Les infractions au présent article sont constatées et poursuivies dans les conditions prévues pour les infractions aux décisions prises en application de l'article L. 162-38 et punies des mêmes peines. »

Article 66

Les ministres chargés de l'économie, de la santé et de la sécurité sociale, les syndicats représentatifs des médecins soumis à l'obligation d'assurance mentionnée à l'article L. 1142-2 du code de la santé publique, les fédérations d'organismes assureurs offrant à ces médecins des couvertures en responsabilité civile et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie concluent un accord-cadre pour maîtriser les charges pesant sur les professionnels de santé concernés relatives à la souscription d'une assurance.

Le Gouvernement est autorisé à prendre par ordonnance, avant le 30 avril 2007, dans les conditions prévues à l'article 38 de la Constitution, afin de limiter les conséquences de la mise en jeu de la responsabilité civile médicale et de maîtriser les charges en résultant pour les médecins concernés, toutes mesures pour définir les conditions dans lesquelles les indemnisations les plus lourdes ayant pour origine des faits fautifs d'un médecin pourront être prises en charge par des contributions ou des financements adaptés à cet effet.

Un projet de loi portant ratification de l'ordonnance prévue à l'alinéa précédent est déposé devant le Parlement dans un délai de trois mois à compter de sa publication.

Article 67

Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement transmet au Parlement un rapport sur la responsabilité civile médicale. Ce rapport présente un état des lieux des contentieux juridiques impliquant des professionnels de santé dans le cadre de leur exercice, le montant des sommes engagées en réparation et le coût pour les finances publiques de la prise en charge par l'assurance maladie des primes d'assurance des professionnels de santé à ce titre.

Article 68

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 69

I. – Le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les éléments mentionnés aux 1^o et 3^o prennent effet le 1^{er} mars de l'année en cours et ceux mentionnés au 2^o le 1^{er} janvier de la même année, à l'exception de ceux fixés en application du II. »

II. – Les dispositions du I, à l'exception de celles de l'avant-dernière phrase du troisième alinéa et de celles du quatrième alinéa, du II et du troisième alinéa du D du V de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) demeurent applicables, au plus tard jusqu'au 31 décembre 2008, selon des modalités et un calendrier fixés par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

III. – La dernière phrase du dernier alinéa du IV de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Le coefficient de haute technicité est réduit progressivement dans les conditions définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale pour atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012. L'écart entre la valeur de ce coefficient et la valeur 1 est réduit d'au moins 50 % en 2009. »

IV. – L'article L. 314-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1^o Dans le premier alinéa, les mots : « des établissements de santé et » sont supprimés ;

2° Le deuxième alinéa est supprimé ;

3° La dernière phrase du dernier alinéa est supprimée.

V. – L'article L. 123-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les établissements de santé, les conséquences financières des conventions agréées prévues au premier alinéa ne sont pas opposables à l'autorité de tarification de ces établissements. »

VI. – L'article L. 224-5-3 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Dans les établissements de santé, les décisions et les accords de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale ne s'imposent pas à l'autorité de tarification. »

VII. – Les dispositions des IV à VI prennent effet à compter du 1^{er} janvier 2008.

VIII. – Le 4° de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 4° Les activités de psychiatrie et de soins de suite et de réadaptation dispensées par le service de santé des armées et l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides ».

IX. – L'article L. 174-15 du même code est remplacé par quatre articles L. 174-15 à L. 174-15-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 174-15.* – Sont applicables aux activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie du service de santé des armées les dispositions des articles L. 162-21-1, L. 162-22-6, L. 162-22-7, L. 162-22-8, L. 162-22-10, L. 162-22-11, L. 162-22-13, L. 162-22-14, L. 162-22-15, L. 162-22-18 et L. 162-26.

« Les compétences du directeur ou de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation mentionnées aux articles visés au premier alinéa sont exercées en ce qui concerne le service de santé des armées par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Les missions des caisses mentionnées aux articles L. 174-2 et L. 174-2-1 sont assurées en ce qui concerne le service de santé des armées par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale.

« Les dépenses afférentes aux activités visées au premier alinéa sont prises en compte au sein de l'objectif mentionné à l'article L. 162-22-9.

« *Art. L. 174-15-1.* – Les dépenses d'hospitalisation au titre des soins dispensés dans le cadre des activités réalisées en psychiatrie ou en soins de suite et de réadaptation du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article L. 174-1-1 sont financées sous la forme d'une dotation annuelle. Chaque année, le montant de cette dotation, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Elle est versée pour l'ensemble des régimes par la Caisse nationale militaire de sécurité sociale. Pour la répartition entre les régimes d'assurance maladie, les sommes versées au service de santé des armées s'ajoutent à celles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 174-2.

« Les dispositions de l'article L. 174-3 sont applicables au service de santé des armées.

« *Art. L. 174-15-2.* – Les dispositions de l'article L. 174-15-1 sont applicables aux dépenses d'hospitalisation de l'ensemble des activités de soins de l'Institution nationale des invalides.

« *Art. L. 174-15-3.* – Les dispositions de l'article L. 174-4 sont applicables au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides. »

X. – Les dispositions de l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du IX, entrent en vigueur dans les conditions et à la date fixées par décret en Conseil d'Etat, et au plus tard le 1^{er} juillet 2009.

XI. – A la fin de la dernière phrase du dernier alinéa du I de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée, les mots : « du ou des trimestres suivants » sont remplacés par les mots : « des périodes suivantes ».

XII. – Le quatrième alinéa du A du V de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette dernière disposition ne s'applique pas à la fraction propre au service de santé des armées. »

XIII. – L'article L. 6113-8 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements qui ne transmettent pas les informations mentionnées au premier alinéa dans les conditions et les délais fixés par voie réglementaire sont passibles d'une pénalité prononcée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis de la commission exécutive, dans la limite de 5 % de leurs recettes annuelles d'assurance maladie. »

XIV. – Après le troisième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les établissements qui font obstacle à la préparation et à la réalisation du contrôle sont passibles d'une sanction dont le montant ne peut excéder la limite fixée au troisième alinéa. »

Article 70

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa de l'article L. 174-4 est complété par les mots : « , ainsi que des donneurs d'éléments et produits du corps humain mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique » ;

2° Dans l'article L. 322-3, il est inséré un 18° ainsi rédigé :

« 18° Pour les donneurs mentionnés à l'article L. 1211-2 du code de la santé publique, en ce qui concerne l'ensemble des frais engagés au titre du prélèvement d'éléments du corps humain et de la collecte de ces produits. »

Article 71

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du 4° du I de l'article L. 162-14-1, après les mots : « praticiens libéraux exerçant dans ces zones », sont insérés les mots : « ou les centres de santé qui y sont implantés » et, après les mots : « leurs modalités d'exercice », sont insérés les mots : « ou d'organisation » ;

2° La première phrase du 8° de l'article L. 162-32-1 est complétée par les mots : « ainsi que les conditions dans lesquelles ces centres bénéficient, en contrepartie, d'une rémunération forfaitaire annuelle qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et leurs modalités d'exercice ou d'organisation, notamment pour les conduire à intégrer dans leurs équipes des professionnels de santé exerçant des activités numériquement déficitaires dans ces zones ».

Article 72

Dans la seconde phrase de l'article L. 162-5-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « à un médecin généraliste qui s'installe » sont remplacés par les mots : « aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste qui s'installe ou exerçant dans un centre de santé nouvellement agréé ».

Article 73

I. – Après l'article L. 162-21-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-21-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-21-3.* – Il est créé, auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pour une période de cinq ans à compter du 1^{er} janvier 2007, un observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. Avant la fin du dernier semestre de cette période de cinq ans, il est procédé à une évaluation du fonctionnement de cet observatoire ; celle-ci devra se prononcer sur l'opportunité de le voir poursuivre son activité de façon autonome ou de le fusionner avec le conseil de l'hospitalisation mentionné à l'article L. 162-21-2.

« L'observatoire est chargé du suivi tout au long de l'année des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation se fondant sur l'analyse des données d'activité de soins et des dépenses engendrées par ces activités.

« Afin de remplir ses missions, l'observatoire est rendu destinataire, à sa demande, des données nécessaires à l'analyse de l'activité des établissements de santé publics et privés.

« Il remet au Gouvernement et au Parlement un rapport semestriel sur l'évolution des dépenses d'assurance maladie relatives aux frais d'hospitalisation. Le Gouvernement consulte l'observatoire préalablement à la mise en œuvre de la procédure prévue au second alinéa du II des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10.

« L'observatoire est composé :

« 1° De représentants des services de l'Etat ;

« 2° De représentants des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé publics et privés ;

« 3° De représentants des organismes nationaux de l'assurance maladie.

« Les règles relatives à la constitution, à la composition et au fonctionnement de l'observatoire sont définies par décret. »

II. – L'article L. 162-21-2 du même code est ainsi modifié :

1° Dans la seconde phrase du premier alinéa, les mots : « et au suivi de la réalisation » sont supprimés ;

2° Dans la première phrase du deuxième alinéa, les mots : « et au suivi de la réalisation » sont supprimés ;

3° Au début du quatrième alinéa, les mots : « Le conseil donne également un avis sur les orientations de la politique salariale et statutaire et les » sont remplacés par les mots : « Le conseil est également informé des orientations de la politique salariale et statutaire et des » ;

4° Le cinquième alinéa est supprimé ;

5° La dernière phrase du dernier alinéa est supprimée.

III. – Dans le premier alinéa du II des articles L. 162-22-3 et L. 162-22-10 du même code, les mots : « ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé » sont supprimés.

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

« Lorsqu'il apparaît que l'état définitif des charges au titre des soins dispensés l'année antérieure ou le montant des charges constatées au fur et à mesure de l'année en cours n'est pas compatible avec l'objectif de l'année en cours, l'Etat modifie les tarifs des prestations mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 de manière à garantir son respect dans les conditions prévues au I du présent article. Cette modification est différenciée, le cas échéant, par catégories d'établissements et par tarifs de prestations. »

Article 74

Est validé, sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, l'arrêté du 27 septembre 2006 pris en application du II de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale et modifiant l'arrêté du 5 mars 2006 modifié fixant pour l'année 2006 les ressources d'assurance maladie des établissements de santé mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du même code exerçant une activité de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie en tant que la procédure de consultation préalable n'aurait pas permis aux organismes consultés de se prononcer d'une manière éclairée en raison d'une transmission tardive ou incomplète des données et que l'arrêté a été pris en l'absence d'une analyse par activité médicale de l'évolution des charges.

Article 75

Dans le dernier alinéa du II de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « pour le premier trimestre » sont remplacés par les mots : « au fur et à mesure de l'année en cours ».

Article 76

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 77

I. – Le Gouvernement peut expérimenter, à compter du 1^{er} janvier 2007 et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des activités de psychiatrie et de soins de suite ou de réadaptation des établissements de santé, fondés sur leurs activités et établis en fonction des informations qu'ils recueillent et transmettent en application des articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique.

Les expérimentations peuvent être menées dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de santé de la zone ou pour une partie d'entre eux, selon des modalités définies par décret.

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

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

1° L'article L. 6122-19 est abrogé ;

2° Dans l'article L. 6412-1, la référence : « , L. 6122-19 » est supprimée.

Article 78

Après le quatrième alinéa de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le professionnel ou l'établissement faisant l'objet de la notification d'indu est également débiteur à l'égard de l'assuré ou de son organisme complémentaire, l'organisme de prise en charge peut récupérer la totalité de l'indu. Il restitue à l'assuré et, le cas échéant, à son organisme complémentaire les montants qu'ils ont versés à tort. »

Article 79

L'article L. 6152-4 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Toutefois, lorsque les médecins libéraux sont en nombre insuffisant pour assurer les soins définis au *a* du 1° de l'article L. 6111-2, l'hôpital local peut recruter des praticiens mentionnés aux 1° ou 2° de l'article L. 6152-1 dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

Article 80

Dans la première phrase du premier alinéa du II de l'article L. 1511-8 du code général des collectivités territoriales, les mots : « en médecine, à partir de la première année du troisième cycle, s'il s'engage à exercer comme médecin généraliste » sont remplacés par les mots : « , titulaire du concours de médecine, inscrit en faculté de médecine ou de chirurgie dentaire, s'il s'engage à exercer en tant que médecin généraliste, spécialiste ou chirurgien-dentiste ».

Article 81

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 82

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 83

I. – Le I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« I. – Le ministre chargé de la santé peut, après avis d'une commission comprenant notamment des délégués des conseils nationaux des ordres et des organisations nationales des professions intéressées, choisis par ces organismes, autoriser individuellement à exercer les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de médecin, chirurgien-dentiste ou sage-femme dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre.

« Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification de leur maîtrise de la langue française et des connaissances, organisées par profession, discipline ou spécialité. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation de ces épreuves. Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus à ces épreuves pour chaque profession et pour chaque discipline ou spécialité est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé en tenant compte, notamment, de l'évolution des nombres d'étudiants déterminés conformément aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 631-1 du code de l'éducation.

« Le nombre maximum mentionné à l'alinéa précédent n'est pas opposable aux réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et bénéficiaires de la protection subsidiaire et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.

« Les lauréats, candidats à la profession de médecin, doivent en outre justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service ou organisme agréé pour la formation des internes. Toutefois, les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte après avis de la commission mentionnée au premier alinéa, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

« Nul ne peut être candidat plus de deux fois aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice. »

II. – Après le I de l'article L. 4111-2 du même code, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – Le ministre chargé de la santé peut également, après avis de la commission mentionnée au I, autoriser individuellement à exercer des ressortissants d'un Etat autre que ceux membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen et titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre obtenu dans l'un de ces Etats, conformément aux obligations communautaires. Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être autorisés à exercer pour chaque profession et, en ce qui concerne la profession de médecin, pour chaque discipline ou spécialité, est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Nul ne peut être candidat plus de deux fois à l'autorisation d'exercice. »

III. – L'article L. 4221-12 du même code est ainsi rédigé :

« Art. L. 4221-12. – Le ministre chargé de la santé peut, après avis du Conseil supérieur de la pharmacie, autoriser individuellement à exercer la pharmacie les personnes titulaires d'un diplôme, certificat ou autre titre permettant l'exercice de la profession de pharmacien dans le pays d'obtention de ce diplôme, certificat ou titre.

« Ces personnes doivent avoir satisfait à des épreuves anonymes de vérification de leur maîtrise de la langue française et des connaissances, qui peuvent être organisées par spécialité. Des dispositions réglementaires fixent les conditions d'organisation de ces épreuves. Le nombre maximum de candidats susceptibles d'être reçus à ces épreuves est fixé par arrêté du ministre chargé de la santé.

« Le nombre maximum mentionné à l'alinéa précédent n'est pas opposable aux réfugiés, apatrides, bénéficiaires de l'asile territorial et bénéficiaires de la protection subsidiaire et aux Français ayant regagné le territoire national à la demande des autorités françaises.

« Les lauréats doivent en outre justifier de trois ans de fonctions accomplies dans un service agréé pour la formation des internes. Toutefois, les fonctions exercées avant la réussite à ces épreuves peuvent être prises en compte après avis du conseil mentionné au premier alinéa, dans des conditions fixées par voie réglementaire.

« Nul ne peut être candidat plus de deux fois aux épreuves de vérification des connaissances et à l'autorisation d'exercice. »

IV. – Le nombre maximum mentionné au deuxième alinéa du I de l'article L. 4111-2 et au deuxième alinéa de l'article L. 4221-12 du code de la santé publique n'est pas opposable aux praticiens ayant exercé des fonctions rémunérées avant le 10 juin 2004 dans un établissement de santé public ou privé participant au service public hospitalier et ayant passé une convention en application des dispositions des articles L. 6142-5 et L. 6162-5 du même code justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi. Les conditions et les modalités d'inscription aux épreuves de vérification des connaissances sont fixées par voie réglementaire.

Les personnes ayant satisfait aux épreuves mentionnées au premier alinéa du B du III de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle et justifiant de fonctions rémunérées au cours des deux années précédant la publication de la présente loi sont réputées avoir satisfait aux épreuves de vérification des connaissances mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 4111-2 du code de la santé publique.

Par exception aux dispositions du sixième alinéa du I de l'article 60 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 précitée, les personnes mentionnées au premier alinéa du présent IV peuvent poursuivre leurs fonctions en qualité de praticien attaché associé ou d'assistant associé jusqu'à épuisement de leurs droits à se présenter aux épreuves mentionnées au deuxième alinéa du I de l'article L. 4111-2 et au deuxième alinéa de l'article L. 4221-12 du code de la santé publique et au plus tard jusqu'au 31 décembre 2011.

Article 84

L'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 est ainsi modifié :

1° Le III est ainsi rédigé :

« III. – Par exception aux dispositions de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le préfet du département fixent avant le 30 juin 2009, par arrêté conjoint, la répartition des capacités d'accueil et des ressources de l'assurance maladie relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale des établissements, pour chaque établissement mentionné au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique après avis de son organe délibérant.

« Pour chaque établissement, l'arrêté conjoint est pris au plus tard le 30 juin de l'année précédant celle au cours de laquelle il prend effet, au vu du résultat des analyses transversales réalisées sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie présents au niveau régional à partir du référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée, arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale après avis des fédérations d'établissements les plus représentatives du secteur sanitaire et médico-social, et tient compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie.

« Cet arrêté prend effet le 1^{er} janvier de l'année suivant sa publication.

« Afin d'évaluer les moyens nécessaires à la mise en adéquation du budget de la section des unités de soins de longue durée avec le résultat de l'analyse transversale, chaque établissement fait connaître au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au préfet, par décision de son organe délibérant, l'exercice annuel au cours duquel cette répartition est arrêtée. Cette délibération doit parvenir au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et au préfet avant le 31 mars de l'exercice annuel au cours duquel la répartition est arrêtée. » ;

2° Le IV est abrogé ;

3° Dans les première et seconde phrases du V, les références : « aux III et IV » sont remplacées par la référence : « au III ».

Article 85

I. – L'article L. 312-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « un Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale, placé auprès du ministre chargé de l'action sociale » sont remplacés par les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » ;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « par arrêté du ministre chargé de l'action sociale, après avis du Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale » sont remplacés par les mots : « par l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » ;

3° Dans le quatrième alinéa, les mots : « le Conseil national de l'évaluation sociale et médico-sociale » sont remplacés par les mots : « l'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux » ;

4° Le cinquième alinéa est remplacé par huit alinéas ainsi rédigés :

« L'Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux prend ses décisions après avis d'un conseil scientifique indépendant dont la composition est fixée par décret. Elle est un groupement d'intérêt public constitué entre l'Etat, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et d'autres personnes morales conformément aux articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche, sous réserve des dispositions suivantes :

« 1° Les ressources de l'agence sont notamment constituées par :

« a) Des subventions de l'Etat ;

« b) Une dotation globale versée par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie ;

« c) Une contribution financière perçue en contrepartie des services rendus par l'agence aux organismes gérant des établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant du I de l'article L. 312-1.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent 1° ;

« 2° Outre les personnes mentionnées à l'article L. 341-4 du code de la recherche, le personnel de l'agence peut comprendre des fonctionnaires régis par le statut général de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, placés en position de détachement, des agents contractuels de droit public régis par les dispositions applicables aux agents non titulaires de la fonction publique de l'Etat, de la fonction publique territoriale ou de la fonction publique hospitalière, recrutés par l'agence, ainsi que des agents contractuels de droit privé également recrutés par l'agence ;

« 3° Le directeur de l'agence est nommé par décret. »

II. – Le I de l'article L. 14-10-5 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La dotation globale versée à l'agence mentionnée à l'article L. 312-8 est imputée sur le financement à la charge des organismes de sécurité sociale soumis à l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3. »

Article 86

En vue de faciliter des investissements immobiliers dans les établissements relevant des 2°, 3° et 4° de l'article L. 342-1 du code de l'action sociale et des familles et les établissements habilités à l'aide sociale pour la totalité de leurs places relevant du 6° du I de l'article L. 312-1 du même code ayant conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12 dudit code, les intérêts des emprunts contractés à cet effet peuvent être pris en charge par l'assurance maladie, d'une part, dans la limite des dotations départementales limitatives mentionnées au III de l'article L. 314-3 du code précité et, d'autre part, selon des modalités et des conditions fixées par décret.

Une part des crédits reportés en 2007 au titre des excédents de l'exercice 2006 est affectée, selon les modalités prévues au dernier alinéa de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles, dans les deux sous-sections mentionnées au V de ce même article. Ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement et d'équipement immobiliers, pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du même code, des établissements relevant conjointement du 6° du I de l'article L. 312-1 dudit code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation ainsi que des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique. Les conditions d'utilisation de ces crédits sont déterminées par arrêté du ministre chargé des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.

Article 87

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 88

I. – Après l'article L. 5126-6 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5126-6-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 5126-6-1. – Les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles qui ne disposent pas de pharmacies à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire gérant une pharmacie à usage intérieur concluent, avec un ou plusieurs pharmaciens titulaires d'officine, une ou des conventions relatives à la fourniture en médicaments des personnes hébergées en leur sein.

« Ces conventions précisent les conditions destinées à garantir la qualité et la sécurité de la dispensation pharmaceutique ainsi que le bon usage des médicaments en lien avec le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code. Elles sont transmises par les établissements à l'autorité administrative compétente ainsi qu'à la caisse primaire d'assurance maladie dont ils relèvent et par les pharmaciens au conseil compétent de l'ordre. Les personnes hébergées ou leurs représentants légaux conservent la faculté de demander que leur approvisionnement soit assuré par un pharmacien de leur choix.

« Les conventions doivent reprendre les obligations figurant dans une convention type définie par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

II. – La dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Ces dispositions s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2008. Elles sont applicables aux conventions mentionnées au I de l'article L. 313-12 en cours à cette date. »

III. – Avant la première phrase du V de l'article L. 313-12 du même code, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Le personnel des établissements mentionnés au I comprend un médecin coordonnateur dont les missions sont définies par décret. Le médecin coordonnateur de l'établissement est associé à l'élaboration et à la mise en œuvre des contrats prévus à l'article L. 183-1-1 du code de la sécurité sociale. »

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

« Art. L. 161-36-2-1. – Le médecin coordonnateur des établissements mentionnés au I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles a accès au dossier médical personnel de la personne hébergée dans l'établissement sous réserve de l'accord de celle-ci ou de son représentant légal. »

V. – Dans le premier alinéa de l'article L. 161-36-3 du même code, les références : « à l'article L. 161-36-2 » sont remplacées par les références : « aux articles L. 161-36-2 et L. 161-36-2-1 ».

VI. – Le premier alinéa de l'article L. 162-1-14 du même code est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase, après les mots : « les établissements de santé, », sont insérés les mots : « les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes, » ;

2° Dans la troisième phrase, après les mots : « un établissement de santé », sont insérés les mots : « ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes » ;

3° Dans la quatrième phrase, les mots : « ou de l'établissement de santé » sont remplacés par les mots : « de l'établissement de santé ou de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes ».

Article 89

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

« IV. – Une section consacrée à la promotion des actions innovantes et au renforcement de la professionnalisation des métiers de service, qui est divisée en deux sous-sections.

« 1. La première sous-section, consacrée aux personnes âgées, retrace :

« a) En ressources, une fraction du produit mentionné au 3° de l'article L. 14-10-4, fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget, qui ne peut être inférieure à 5 % ni supérieure à 12 % de ce produit ;

« b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes âgées dépendantes une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants recrutés dans le cadre des mesures de médicalisation des établissements et services mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1.

« 2. La deuxième sous-section, consacrée aux personnes handicapées, retrace :

« a) En ressources, une part de la fraction du produit des contributions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 14-10-4 affectée au a du 1 du I du présent article ; cette part est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de l'action sociale, de la sécurité sociale et du budget dans la limite de 12 % de cette fraction ;

« b) En charges, le financement de dépenses de modernisation des services ou de professionnalisation des métiers qui apportent au domicile des personnes handicapées une assistance dans les actes quotidiens de la vie, ainsi que de dépenses de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services mentionnés au 1° de l'article L. 314-3-1.

« Les projets financés par cette section doivent être agréés par l'autorité compétente de l'Etat qui recueille, le cas échéant, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, l'avis préalable de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. »

II. – Le deuxième alinéa du I de l'article L. 314-3 du même code est complété par les mots : « ainsi, le cas échéant, que de tout ou partie du montant prévisionnel de l'excédent de la section mentionnée au I de l'article L. 14-10-5 ».

Article 90

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 91

I. – Le 16° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 16° Dans le cadre des programmes mentionnés au 6° de l'article L. 321-1, pour les frais d'examen de dépistage et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs et à une unique consultation de prévention pour les personnes de plus de soixante-dix ans ; ».

II. – Après le troisième alinéa de l'article L. 162-1-11 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses nationales d'assurance maladie peuvent mettre en place des programmes d'accompagnement des patients atteints de maladies chroniques visant à leur apporter des conseils en termes d'orientation dans le système de soins et d'éducation à la santé. »

Article 92

I. – Dans l'article L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « spécialisés de soins aux toxicomanes mentionnés à l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie », et les mots : « même code » sont remplacés par les mots : « code de l'action sociale et des familles ».

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

1° Dans l'article L. 3311-2, les mots : « cure ambulatoire » sont remplacés par les mots : « soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie », et après le mot : « assurant », est inséré le mot : « notamment » ;

2° Dans l'article L. 3411-2, les mots : « mentionnées au sixième alinéa de » sont remplacés par les mots : « médico-sociales des centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie mentionnées à » ;

3° Dans l'article L. 3411-5, les mots : « spécialisés de soins aux toxicomanes » sont remplacés par les mots : « de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ».

III. – Le code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Dans le cinquième alinéa de l'article L. 313-1, les mots : « spécialisés de soins aux toxicomanes » sont remplacés par les mots : « de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » ;

2° L'article L. 314-3-3 est ainsi modifié :

a) Les 1° et 2° sont abrogés ;

b) Au début du quatrième alinéa, la mention : « 3° » est supprimée ;

c) Dans le quatrième alinéa, après les mots : « pour usagers de drogue », sont insérés les mots : « , les centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie » ;

3° Dans le sixième alinéa de l'article L. 314-8, les mots : « spécialisés de soins aux toxicomanes » sont remplacés par les mots : « de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie ».

IV. – Les gestionnaires des centres spécialisés de soins aux toxicomanes et des centres de cure ambulatoire en alcoologie disposent d'un délai de trois ans à compter de la date de publication de la présente loi pour solliciter l'autorisation mentionnée à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles, en vue de la transformation de ces établissements en centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie.

Dans l'attente de cette transformation, les articles du code de la sécurité sociale, du code de la santé publique et du code de l'action sociale et des familles mentionnés aux I, II et III s'appliquent, dans leur rédaction antérieure à la présente loi, aux centres spécialisés de soins aux toxicomanes et centres de cure ambulatoire en addictologie bénéficiant à la date du 1^{er} janvier 2007 de l'autorisation prévue à l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles.

Article 93

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

1° Le III est ainsi rédigé :

« III. – Ce fonds finance des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé et des groupements de coopération sanitaire au moyen de subventions ou d'avances remboursables, dans le cadre d'opérations de modernisation et de restructuration de ces établissements et groupements ou de réorganisation de l'offre de soins. » ;

2° Après le III *bis*, sont insérés un III *ter* et un III *quater* ainsi rédigés :

« III *ter*. – Le fonds prend en charge les frais de fonctionnement d'une mission chargée de concevoir les modalités de financement des activités de soins des établissements de santé et de conduire les expérimentations visées au I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007.

« III *quater*. – Le fonds prend en charge les frais de fonctionnement d'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers placée auprès des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, chargée de procéder ou de faire procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements des références et recommandations de gestion hospitalière.

« Le fonds prend également en charge les frais de fonction d'une mission nationale d'appui à l'investissement, placée auprès du ministre chargé de la santé et de missions régionales ou interrégionales d'appui à l'investissement placées auprès des directeurs d'agences régionales de l'hospitalisation. » ;

3° Le IV est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le montant de chaque subvention ou avance du fonds est arrêté par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, dans la limite des montants régionaux arrêtés par le ministre chargé de la santé. » ;

4° La première phrase du premier alinéa du V est complétée par les mots : « , ainsi que par le reversement des avances remboursables mentionnées au III » ;

5° Après le premier alinéa du V, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les sommes apportées par les organismes de sécurité sociale et mentionnées à l'article L. 6161-3-2 du code de la santé publique sont versées au fonds. »

II. – Dans le premier alinéa de l'article L. 6141-7-2 du code de la santé publique, les mots : « , dans le cadre d'une mission de coordination financée par le fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés, » sont supprimés.

III. – L'article L. 6161-3-2 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « à une collectivité publique ou à un établissement privé poursuivant un but similaire » sont remplacés par les mots : « au fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés mentionné à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) » ;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « aux collectivités mentionnées au premier alinéa ou à un établissement privé poursuivant un but similaire ou un établissement public » sont remplacés par les mots : « au fonds mentionné au premier alinéa » ;

3° L'avant-dernier alinéa est supprimé.

IV. – 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 2007, à 376 millions d'euros.

Article 94

I. – Pour 2007, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 195 millions d'euros.

Ce fonds est doté de 178 millions d'euros au titre de l'exercice 2007.

II. – L'article L. 221-1-1 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 221-1-1.* – I. – Il est créé un fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

« Le fonds finance des actions et des expérimentations concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville, à des regroupements de ces mêmes professionnels ou à des centres de santé.

« Il finance le développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de santé liant des professionnels de santé exerçant en ville et des établissements de santé et médico-sociaux dans les conditions prévues à l'article L. 162-45.

« Il finance des actions ou des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins et notamment les maisons médicales de garde.

« Il concourt à des actions ou à des structures visant au maintien de l'activité et à l'installation de professionnels de santé pour favoriser un égal accès aux soins sur le territoire.

« Il finance des actions favorisant un exercice pluridisciplinaire et regroupé des professionnels de santé.

« Il contribue à la mise en œuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 et, notamment, au développement d'une offre d'hébergement, au sens de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales.

« Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret.

« II. – Les ressources du fonds sont constituées par une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. La répartition entre le régime général d'assurance maladie, les régimes d'assurance maladie des professions agricoles et le régime social des indépendants est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« III. – Le fonds dispose d'un comité national de gestion associant des représentants de l'Etat et des représentants du collège des directeurs de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et d'un Conseil national de la qualité et de la coordination des soins, composé de représentants du conseil de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des professionnels de santé, des fédérations d'établissements de santé et médico-sociaux et de personnalités nommées en fonction de leur expérience et de leurs compétences par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins est composé à parité de représentants de l'assurance maladie et des professionnels de santé.

« Le fonds dispose également dans chaque région de conseils régionaux de la qualité et de la coordination des soins.

« IV. – Sur proposition du comité national de gestion, le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins délibère sur :

« 1° Les orientations stratégiques concernant les priorités d'action du fonds et d'affectation de la dotation ;

« 2° La part affectée au financement d'expérimentations concernant les soins de ville mentionnées au deuxième alinéa du I ;

« 3° La dotation annuelle consacrée au financement des actions à caractère national ou interrégional et celle réservée au financement des actions à caractère régional ;

« 4° Le rapport d'activité annuel.

« Le Conseil national de la qualité et de la coordination des soins peut, sur la base d'un avis motivé, demander un second projet de délibération au comité national de gestion. Il ne peut s'opposer à ce second projet qu'à la majorité qualifiée des deux tiers des membres le composant.

« V. – Le comité national de gestion élabore les propositions présentées au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins. Il répartit la dotation annuelle réservée aux actions régionales entre les missions régionales de santé et attribue les aides pour les actions à caractère national ou interrégional. Toutefois, les décisions d'attribution des aides en vue des expérimentations mentionnées au 2° du IV sont prises par le bureau du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

« Le comité national de gestion présente chaque année ses orientations ainsi que le bilan de son activité au Conseil national de la qualité et de la coordination des soins.

« VI. – L'attribution des aides peut être déconcentrée et confiée aux missions régionales de santé mentionnées à l'article L. 162-47, dans des conditions fixées par décret. Les aides peuvent être attribuées sur une base pluriannuelle.

« Les décisions d'attribution des aides en vue des expérimentations mentionnées au 2° du IV sont prises par le bureau du conseil régional de la qualité et de la coordination des soins.

« VII. – La composition et les modalités de fonctionnement du comité national de gestion, du Conseil national de la qualité et de la coordination des soins et des conseils régionaux de la qualité et de la coordination des soins ainsi que de leurs bureaux sont déterminées par décret. »

III. – Le même code est ainsi modifié :

1° Les articles L. 162-43 et L. 162-44 sont abrogés ;

2° Au début du premier alinéa de l'article L. 162-45, les mots : « Pour organiser la coordination et la continuité des soins, la décision mentionnée à l'article L. 162-44 peut » sont remplacés par les mots : « Le comité national de gestion du fonds mentionné à l'article L. 221-1-1 et les missions régionales de santé peuvent ».

IV. – 1. Dans la seconde phrase du second alinéa du I de l'article L. 162-22-2, dans le dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-9 et dans la seconde phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 174-1-1 du même code, les mots : « , outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, » sont supprimés.

2. Dans la première phrase du deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du même code, les mots : « la part mentionnée à l'article L. 162-43 et » sont supprimés.

3. Dans le dernier alinéa du I de l'article L. 314-3 et à la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 314-3-2 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « , et après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale » sont supprimés.

4. Dans la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « , après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43, » sont supprimés.

V. – A titre transitoire, les dispositions des articles L. 162-43 et L. 162-44 du code de la sécurité sociale relatifs à la fixation de la dotation nationale des réseaux et de l'article L. 221-1-1 du même code relatif à la fixation de la dotation et du montant maximal des dépenses du fonds d'aide à la qualité des soins de ville ainsi que celles des articles du code de la sécurité sociale et du code de l'action sociale et des familles mentionnés au VI du présent article demeurent en vigueur dans leur rédaction antérieure à la publication de la présente loi jusqu'à la date d'entrée en vigueur des décrets mentionnés au présent article. A cette date, la dotation nationale de développement des réseaux et la dotation au fonds d'aide à la qualité des soins de ville sont transférées au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins.

Durant cette période transitoire, le fonds d'aide à la qualité des soins de ville peut notamment contribuer aux expérimentations d'une offre d'hébergement des données de santé des assurés sociaux permettant le partage de données médicales visée à l'article L. 1111-8 du code de la santé publique ainsi qu'à la mise en œuvre du dossier médical personnel visé aux articles L. 161-36-1 et suivants du code de la sécurité sociale.

Article 95

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 96

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 97

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

1° Après l'article L. 3110-5, sont insérés trois articles L. 3110-5-1 à L. 3110-5-3 ainsi rédigés :

« Art. L. 3110-5-1. – Le Fonds de prévention des risques sanitaires est un établissement public de l'Etat à caractère administratif. Il a pour mission de financer la prévention des risques sanitaires exceptionnels, notamment l'achat, le stockage et la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou au traitement d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelles que soient son origine ou sa nature.

« Le fonds est administré par un conseil d'administration constitué, à parité, de représentants de l'Etat et de représentants des régimes obligatoires d'assurance maladie.

« L'Etat est l'autorité adjudicatrice des marchés nécessaires à la réalisation des missions du fonds et le propriétaire des produits et traitements achetés. Le fonds effectue l'ordonnancement et le paiement de la dépense.

« Art. L. 3110-5-2. – Les dépenses du fonds mentionné à l'article L. 3110-5-1 sont constituées par :

« 1° La prise en charge, dans la limite des crédits disponibles, des dépenses de prévention des risques sanitaires exceptionnels, notamment l'achat, le stockage et la livraison de produits destinés à la prophylaxie ou au traitement d'un grand nombre de personnes exposées à une menace sanitaire grave, quelles que soient son origine ou sa nature ;

« 2° Les frais de gestion administrative du fonds.

« Art. L. 3110-5-3. – Les recettes du fonds mentionné à l'article L. 3110-5-1 sont constituées par :

« 1° Une contribution à la charge des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et répartie entre les régimes selon les règles définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Des subventions de l'Etat ;

« 3° Des produits financiers ;

« 4° Des dons et legs.

« Le montant de la contribution mentionnée au 1° ne peut excéder 50 % des dépenses effectivement constatées du fonds. »

2° L'article L. 3110-10 est ainsi modifié :

a) Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent chapitre sont fixées par décret en Conseil d'Etat, notamment : » ;

b) Il est ajouté un f ainsi rédigé :

« f) La composition du conseil d'administration ainsi que les conditions d'organisation et de fonctionnement de l'établissement public mentionné à l'article L. 3110-5-1. »

II. – A titre transitoire et jusqu'à une date fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et du budget, le Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale est chargé de la gestion du fonds mentionné à l'article L. 3110-5-1 du code de la santé publique.

III. – Le montant de la contribution mentionnée au 1° de l'article L. 3110-5-3 du code de la santé publique est fixé, pour l'année 2007, à 175 millions d'euros.

Article 98

Pour l'année 2007, 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 170,1 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de sécurité sociale, à 146,7 milliards d'euros.

Article 99

Pour l'année 2007, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et ses sous-objectifs sont fixés comme suit :

(En milliards d'euros)

	OBJECTIFS de dépenses
Dépenses de soins de ville.....	66,7
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.....	47,5
Autres dépenses relatives aux établissements de santé.....	18,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	4,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.	7,0
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge.....	0,7
Total	144,8

Article 100

I. – L'article L. 162-39 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° A la fin du premier alinéa, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;

2° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Les tarifs des soins thermaux pris en charge ; »

II. – L'article L. 162-40 du même code est abrogé.

III. – Après l'article L. 162-1-7-1 du même code, il est inséré un article L. 162-1-7-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-7-2.* – La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte ou prestation réalisé par un salarié d'un établissement thermal est subordonné à leur inscription sur une liste établie dans les conditions fixées au présent article. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect d'indications thérapeutiques ou diagnostiques, à l'état du patient ainsi qu'à des conditions particulières de prescription, d'utilisation ou de réalisation de l'acte ou de la prestation.

« Les conditions d'inscription d'un acte ou d'une prestation, leur inscription et leur radiation sont décidées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de la Haute Autorité de santé et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

« Les décisions de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie sont réputées approuvées sauf opposition motivée des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. Le ministre chargé de la santé peut procéder d'office à l'inscription ou à la radiation d'un acte ou d'une prestation pour des raisons de santé publique par arrêté pris après avis de la Haute Autorité de santé. Les tarifs de ces actes et prestations sont publiés au *Journal officiel*. »

IV. – L'article L. 182-2 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le 1°, les mots : « et les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 » sont remplacés par les mots : « , les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 ; »

2° Dans le 2°, la référence : « à l'article L. 162-1-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 » ;

3° Dans le dernier alinéa, après la référence : « L. 162-32-1 », est insérée la référence : « L. 162-39 ».

V. – L'article L. 182-2-4 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le 1°, les mots : « et les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 » sont remplacés par les mots : « , les centres de santé mentionnés à l'article L. 162-32-1 et les établissements thermaux mentionnés à l'article L. 162-39 » ;

2° Dans le sixième alinéa (2°), la référence : « à l'article L. 162-1-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ».

VI. – L'article L. 162-41 du même code est ainsi modifié :

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

« La convention, ses annexes et avenants sont approuvés, lors de leur conclusion ou d'une tacite reconduction, selon les dispositions des trois premiers alinéas de l'article L. 162-15 et entrent en vigueur à compter de leur publication au *Journal officiel*.

« Les dispositions de l'article L. 162-15-2 s'appliquent à la convention mentionnée à l'article L. 162-39 pour ce qui la concerne. » ;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » ;

3° Au début du dernier alinéa, les mots : « La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « L'Union nationale des caisses d'assurance maladie ».

VII. – L'article L. 162-42 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-42.* – Les dispositions du I de l'article L. 162-14-2 s'appliquent à la convention mentionnée à l'article L. 162-39 pour ce qui la concerne.

« L'arbitre est désigné par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et au moins une organisation nationale représentative des établissements thermaux. A défaut, il est désigné par le président du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. »

VIII. – Dans le 3° de l'article L. 182-2-3 du même code, la référence : « à l'article L. 162-1-7 » est remplacée par les références : « aux articles L. 162-1-7 et L. 162-1-7-2 ».

Article 101

L'article L. 162-5-12 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

« Il peut également comporter des sections spécifiques à chaque profession dont les relations avec les organismes d'assurance maladie sont régies par une convention mentionnée aux articles L. 162-14-1 et L. 162-16-1 pour la gestion des sommes affectées à leurs dispositifs de formation continue conventionnelle. » ;

2° La seconde phrase du deuxième alinéa est ainsi rédigée :

« Chaque section est administrée par un conseil de gestion paritaire qui comprend des représentants de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et des représentants des syndicats signataires de la convention nationale de la profession concernée. » ;

3° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Pour les professions dont il gère le dispositif de formation continue conventionnelle, l'organisme gestionnaire conventionnel est chargé notamment : » ;

4° A la fin du sixième alinéa, les mots : « ou des conventions mentionnées à l'article L. 162-5 » sont remplacés par les mots : « convention concernée » ;

5° Le huitième alinéa est ainsi rédigé :

« - de l'indemnisation des professionnels de santé libéraux conventionnés participant aux actions de formation conventionnelle. »

Article 102

I. - Le quatrième alinéa de l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase, le mot : « représentant » est remplacé par les mots : « représentatives réunissant » ;

2° Dans la deuxième phrase, les mots : « si celle-ci représente au moins » sont remplacés par les mots : « représentative si celle-ci réunit au moins ».

II. - Dans l'article L. 162-33 du même code, après le mot : « expérience », sont insérés les mots : « , audience électorale ».

Article 103

A défaut de conclusion avant le 31 janvier 2007 d'un avenant conventionnel pris en application des articles L. 162-5 et L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale prévoyant, conformément aux dispositions de la convention nationale des médecins généralistes et spécialistes conclue le 12 janvier 2005, les conditions de convergence du dispositif du médecin référent avec les dispositions relatives au médecin traitant prévues à l'article L. 162-5-3 du même code, un arrêté publié avant le 31 mars 2007 peut prévoir la possibilité, pour les médecins exerçant à titre libéral, de souscrire à titre individuel un contrat avec l'assurance maladie.

Ce contrat, dont l'arrêté définit le contenu, peut comporter des engagements du médecin relatifs notamment au volume d'activité, à la qualité de sa prescription, à sa formation, à la qualité de sa pratique et à sa participation à la permanence des soins. Il peut comporter également des dispositions relatives aux modalités de rémunération des adhérents au contrat et des dispositions favorisant la dispense d'avance de frais.

Article 104

I. - Dans l'article L. 6314-1 du code de la santé publique, les mots : « , dans un but d'intérêt général, à la » sont remplacés par les mots : « à la mission de service public de ».

II. - L'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, après la référence : « L. 321-1 », sont insérés les mots : « et aux 1° et 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural » ;

2° Le deuxième alinéa (1°) est complété par les mots : « et au 1° ou au 2° de l'article L. 431-1 du présent code ainsi qu'aux 1° et 2° de l'article L. 752-3 du code rural ».

III. - Après le septième alinéa (5°) de l'article L. 162-16-1 du même code, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Les modes de rémunération par l'assurance maladie de la participation des pharmaciens au dispositif de permanence pharmaceutique en application des dispositions prévues à l'article L. 5125-22 du code de la santé publique. »

IV. - L'article L. 162-15-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En cas d'urgence, lorsque la violation des engagements prévus par la convention est particulièrement grave ou qu'il en résulte pour l'organisme un préjudice financier, la caisse primaire d'assurance maladie peut décider de suspendre les effets de la convention après avoir mis à même le professionnel de présenter ses observations. Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions et les modalités d'application du présent alinéa. »

V. – *[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]*

VI. – L'article L. 6314-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Après les mots : « activité libérale, », est insérée la référence : « à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un arrêté fixe les modalités d'indemnisation des astreintes effectuées par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10 du code de la sécurité sociale. »

VII. – La première phrase de l'article L. 162-5-14 du code de la sécurité sociale est ainsi modifiée :

1° La référence : « L. 6315-1 » est remplacée par la référence : « L. 6314-1 » ;

2° Après les mots : « au code de la santé publique », sont insérés les mots : « par les médecins mentionnés à l'article L. 162-5-10, ».

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 105

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

1° Dans le deuxième alinéa, après les mots : « sont inférieurs », sont insérés les mots : « à 160 % du salaire minimum de croissance ou » ;

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

« 8° Activités de tutorat d'un ou de plusieurs salariés par un ancien salarié de l'entreprise exerçant, après la liquidation de sa pension, cette activité, à titre exclusif, auprès du même employeur sous le régime d'un contrat de travail à durée déterminée pour une durée maximale et dans la limite d'un montant de cumul fixés par décret. Ce décret détermine également les conditions d'ancienneté acquise dans l'entreprise que doit remplir l'intéressé ainsi que le délai maximum séparant son départ de l'entreprise et son retour dans celle-ci. »

II. – Le chapitre II du titre IX du livre IX du code du travail est complété par un article L. 992-9 ainsi rédigé :

« Art. L. 992-9. – Le contrat de travail à durée déterminée pour l'exercice des activités de tutorat définies au 8° de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale par un salarié, après la liquidation de sa pension, auprès du même employeur est conclu en application de l'article L. 122-2.

« Un décret détermine la durée du contrat. »

Article 106

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail est complété par trois phrases ainsi rédigées :

« Cette indemnité est également due, dans les mêmes conditions, à tout salarié dont le départ à la retraite avec l'accord de l'employeur, à partir du 1^{er} janvier 2010 et jusqu'au 1^{er} janvier 2014, conduit à rompre le contrat de travail à un âge inférieur à celui mentionné au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale. L'indemnité de départ mentionnée à la phrase précédente est assujettie en totalité à la contribution sociale généralisée visée à l'article L. 136-2 du même code et à la contribution pour le remboursement de la dette sociale visée à l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale. Elle obéit par ailleurs au même régime fiscal et social que celui de l'indemnité de licenciement. »

II. – Après le deuxième alinéa du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le régime juridique prévu à la dernière phrase de l'alinéa précédent ne s'applique que lorsqu'une convention ou un accord collectif étendu relatif à la mise à la retraite, conclu après l'entrée en vigueur de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites et avant la publication de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, prévoit la possibilité de rompre le contrat de travail à un âge inférieur à celui mentionné au 1° 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. – Les deuxième et troisième phrases du troisième alinéa de l'article L. 122-14-13 du même code sont ainsi rédigées :

« En cas de cessation d'activité organisée en application d'un accord professionnel mentionné à l'article L. 352-3 ou d'une convention mentionnée au 3° de l'article L. 322-4 ou lors de l'octroi de tout autre avantage

de préretraite défini antérieurement à la publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, un âge inférieur peut être fixé dès lors que le salarié peut bénéficier d'une pension de vieillesse à taux plein au sens du code de la sécurité sociale, sans pouvoir être inférieur à celui qui est fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du même code. A compter de l'entrée en vigueur de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, aucune convention ou accord collectif prévoyant la possibilité d'une mise à la retraite d'office d'un salarié à un âge inférieur à celui fixé au 1° de l'article L. 351-8 du code de la sécurité sociale ne peut être signé ou étendu. »

IV. – Le troisième alinéa du même article est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les accords conclus et étendus avant la publication de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007, déterminant des contreparties en termes d'emploi ou de formation professionnelle et fixant un âge inférieur à celui mentionné au 1° 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, cessent de produire leurs effets au 31 décembre 2009. »

V. – Après le troisième alinéa du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les accords et les conventions signés ou étendus avant la publication de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 qui ont prévu la possibilité de mise à la retraite d'office d'un salarié avant l'âge fixé au premier alinéa de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale cessent de produire leurs effets au plus tard le 31 décembre 2007. Les indemnités versées à ce titre au salarié par l'employeur sont assujetties à la contribution instituée à l'article L. 137-10 du même code. »

Article 107

I. – L'article L. 732-54-1 du code rural est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du I, les mots : « de conditions minimales de durée d'activité agricole non salariée et de périodes d'assurance » sont remplacés par les mots : « d'au moins vingt-deux années et demie de durée d'activité non salariée agricole, ainsi que de périodes d'assurance » ;

2° Dans la première phrase du premier alinéa du III, les mots : « de périodes minimum d'activité non salariée agricole et d'assurance » sont remplacés par les mots : « d'au moins vingt-deux années et demie d'activité non salariée agricole, ainsi que de périodes d'assurance ».

II. – Dans le troisième alinéa du I de l'article L. 732-54-2 du même code, les mots : « fixées par décret » sont remplacés par les mots : « d'au moins vingt-deux années et demie ».

III. – L'article L. 732-54-3 du même code est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du I, les mots : « fixée par décret » sont remplacés par les mots : « d'au moins vingt-deux années et demie » ;

2° Dans la première phrase du premier alinéa du II, les mots : « de périodes de cotisations à ladite retraite et d'assurance déterminées par décret » sont remplacés par les mots : « d'au moins vingt-deux années et demie de durée d'activité et de périodes d'assurance ».

IV. – Les dispositions des I à III sont applicables au 1^{er} janvier 2007.

Article 108

I. – L'article L. 732-38 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions prévues à l'article L. 351-4-1 du même code sont rendues applicables à ce régime. »

II. – Dans l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, après la référence : « aux articles L. 351-4, », est insérée la référence : « L. 351-4-1 ».

Article 109

La loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites est ainsi modifiée :

1° Le V de l'article 5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'assuré qui remplit la condition d'âge prévue à l'alinéa précédent continue de bénéficier des règles qui lui étaient applicables à la date à laquelle il remplit cette condition, pour la détermination de la durée d'assurance maximale et du nombre d'années de salaire ou de revenu servant de base au calcul de la pension dans chacun des régimes mentionnés à l'alinéa précédent. » ;

2° Le II de l'article 22 est complété par les mots : « pour les assurés nés après 1947 ».

Article 110

I. – Les personnes exerçant ou ayant exercé, avant le 31 décembre 2006, à titre indépendant, la profession de moniteur de ski sont réputées avoir satisfait, à cette date, aux obligations résultant de leur affiliation à titre obligatoire à l'organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales au titre des périodes d'exercice comprises entre le 1^{er} janvier 1978 et le 31 décembre 2006.

II. – Les périodes mentionnées au I au titre desquelles les personnes mentionnées au même I ont cotisé au dispositif professionnel de retraite mis en place par le syndicat professionnel auquel elles ont adhéré en raison de l'exercice de leur activité de moniteur de ski sont prises en compte pour la détermination de la durée d'assurance fixée en application des dispositions de l'article L. 351-1 du code de la sécurité sociale et donnent lieu à l'attribution de points de retraite du régime d'assurance vieillesse de base des professions libérales mentionné à l'article L. 643-1 du même code, à raison du nombre de points résultant des cotisations acquittées par les intéressés dans ce dispositif.

Les périodes mentionnées au I du présent article ne sont pas prises en compte pour l'application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 643-1 du même code.

Un décret fixe les conditions d'application du présent II.

III. – Les périodes mentionnées au I, au titre desquelles les personnes mentionnées au même I ont cotisé au dispositif professionnel de retraite mis en place par le syndicat professionnel auquel elles ont adhéré en raison de l'exercice de leur activité de moniteur de ski, donnent lieu à l'attribution de points de retraite du régime d'assurance vieillesse complémentaire dont elles relèvent à titre obligatoire, à raison du nombre de points résultant des cotisations acquittées par les intéressés dans ce dispositif et compte tenu des points attribués en application des dispositions du II.

Un décret fixe les conditions d'application du présent III.

IV. – Les réserves du dispositif professionnel spécifique constituées au 31 décembre 2006 sont transférées, respectivement, à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la caisse chargée de la gestion du régime d'assurance vieillesse complémentaire mentionné au III. Un arrêté fixe le montant transféré à chacun de ces organismes. Cet arrêté peut prévoir qu'une partie de ces réserves est consacrée au financement d'un contrat d'assurance qui serait souscrit par le syndicat mentionné au II auprès d'un organisme assureur habilité, aux fins de verser des prestations temporaires aux personnes mentionnées au II âgées de moins de soixante et un ans en 2007 et ayant liquidé leurs droits auprès du régime spécifique jusqu'en 2007 et aux personnes mentionnées au II nées en 1949 et 1950 respectivement à partir de leurs cinquante-neuvième et sixantième anniversaires, ainsi que de verser à leurs ayants droit les prestations en cas de décès.

Le versement d'une pension de retraite par la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales ou la caisse chargée de la gestion du régime d'assurance vieillesse complémentaire mentionné au III entraîne la cessation des prestations versées au titre du contrat d'assurance visé au premier alinéa du présent IV. Les rentes qui auraient été versées au titre du contrat d'assurance mentionné au même alinéa concomitamment au service d'une pension de vieillesse des régimes d'assurance vieillesse obligatoire des professions libérales sont reversées par leur bénéficiaire à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales qui en verse une fraction à la caisse chargée de la gestion du régime d'assurance vieillesse complémentaire mentionné au III.

V. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2007.

Avant le 31 janvier 2007, les syndicats professionnels auxquels adhèrent ou ont adhéré les personnes mentionnées au I transmettent à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales et à la caisse chargée de la gestion du régime d'assurance vieillesse complémentaire mentionné au III l'ensemble des données nécessaires à l'application des dispositions du présent article.

Article 111

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 112

Les établissements publics de santé et les autres établissements de santé ou organismes publics ou privés associés par convention en application de l'article L. 6142-5 du code de la santé publique participent à la constitution de droits à retraite dans le cadre d'opérations régies par l'article L. 441-1 du code des assurances, par l'article L. 932-24 du code de la sécurité sociale ou par l'article L. 222-1 du code de la mutualité, au bénéfice des personnels enseignants et hospitaliers titulaires mentionnés à l'article L. 952-21 du code de l'éducation qui ne sont pas assujettis à cotisations dans le régime de retraite complémentaire dont bénéficient les agents non titulaires de la fonction publique, sous réserve que ces personnels acquittent au titre de ces opérations un montant minimal de cotisations.

Cette participation est assise sur les émoluments hospitaliers versés ou pris en charge par ces établissements ou organismes dans des limites fixées par décret, notamment en fonction des cotisations personnelles des bénéficiaires. Elle est à la charge des établissements ou organismes versant les émoluments sur lesquels elle est assise.

Article 113

Pour l'année 2007, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

- 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 170,6 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de sécurité sociale, à 88,9 milliards d'euros.

Article 114

I. – L'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les versements mentionnés aux 1° et 2° qui sont utilisés pour compléter la durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes, ou pour compléter la durée d'assurance ayant donné lieu à cotisations à la charge de l'assuré, afin de lui ouvrir le bénéfice des dispositions de l'article L. 351-1-1, font l'objet d'un barème spécifique. Ce barème est établi dans le respect du principe de neutralité actuarielle. »

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du I du présent article, est applicable aux versements prévus aux articles L. 634-2-2, L. 643-2 et L. 723-10-3 du même code.

Article 115

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Section 3**Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail
et de maladies professionnelles****Article 116**

I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 800 millions d'euros au titre de l'année 2007.

II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 315 millions d'euros au titre de l'année 2007.

Article 117

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 118

Dans le deuxième alinéa du II de l'article 47 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre ».

Article 119

I. – Le 1° du I de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'exercice des activités de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flocage et de calorifugeage à l'amiante de l'établissement doit présenter un caractère significatif. »

II. – Le VII de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée est ainsi rédigé :

« VII. – 1. Un décret en Conseil d'Etat définit :

« – les activités de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, de flocage et de calorifugeage à l'amiante mentionnées au I ;

« – les conditions de fixation des périodes de référence mentionnées au 1° du I ;

« – ainsi que les critères permettant d'établir le caractère significatif de l'exercice des activités précitées mentionné au 1° du I.

« 2. Un décret fixe :

« – les conditions d'octroi de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante ;

« – ainsi que les règles de fonctionnement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et du conseil de surveillance de ce fonds mentionnés au présent article. »

Article 120

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2007, à 410 millions d'euros.

Article 121

Pour l'année 2007, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail sont fixés :

- 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 11,4 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 10,2 milliards d'euros.

Section 4**Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille****Article 122**

L'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au premier alinéa du présent article, le complément de libre choix du mode de garde de la prestation d'accueil du jeune enfant peut être versé au ménage ou à la personne qui recourt, pour assurer la garde d'un enfant, à un établissement d'accueil de jeunes enfants mentionné à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique, dont la capacité d'accueil maximale ne dépasse pas un seuil fixé par décret. »

Article 123

I. – Dans la première phrase des premier et deuxième alinéas de l'article L. 531-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « du premier jour du mois » sont remplacés par les mots : « de la date ».

II. – Le deuxième alinéa de l'article L. 532-1 du même code est supprimé.

Article 124

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 521-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de résidence alternée de l'enfant au domicile de chacun des parents telle que prévue à l'article 373-2-9 du code civil, mise en œuvre de manière effective, les parents désignent l'allocataire. Cependant, la charge de l'enfant pour le calcul des allocations familiales est partagée par moitié entre les deux parents soit sur demande conjointe des parents, soit si les parents sont en désaccord sur la désignation de l'allocataire. Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent alinéa. »

II. – Dans le premier alinéa de l'article L. 331-4 et à la fin du troisième alinéa de l'article L. 331-7 du même code, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».

Article 125

I. – Le chapitre V du titre II du livre II du code du travail est complété par une section 7 ainsi rédigée :

*« Section 7**« Congé de soutien familial*

« Art. L. 225-20. – Tout salarié justifiant d'une ancienneté minimale de deux ans dans l'entreprise, dont le conjoint, le concubin, la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, l'ascendant, le descendant, l'enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du code de la sécurité sociale, ou le collatéral jusqu'au quatrième degré, ou l'ascendant, le descendant ou le collatéral jusqu'au quatrième degré du conjoint, du concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, présente un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité a le droit de bénéficier d'un congé de soutien familial non rémunéré.

« Pour le bénéfice des dispositions du premier alinéa, la personne aidée doit résider en France de façon stable et régulière et ne pas faire l'objet d'un placement en établissement ou chez un tiers autre que le salarié.

« Le congé de soutien familial est d'une durée de trois mois. Il peut être renouvelé. Il ne peut excéder la durée d'un an pour l'ensemble de la carrière.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les critères d'appréciation de la particulière gravité du handicap ou de la perte d'autonomie de la personne aidée, sont fixées par décret.

« Art. L. 225-21. – Le salarié est tenu d'informer son employeur de sa volonté de bénéficier d'un congé de soutien familial dans des conditions fixées par décret.

« Art. L. 225-22. – Le salarié peut mettre fin de façon anticipée au congé de soutien familial ou y renoncer dans les cas suivants :

- « 1° Décès de la personne aidée ;
- « 2° Admission dans un établissement de la personne aidée ;
- « 3° Diminution importante des ressources du salarié ;

« 4° Recours à un service d'aide à domicile pour assister la personne aidée ;

« 5° Congé de soutien familial pris par un autre membre de la famille.

« Il en fait la demande à l'employeur dans des conditions fixées par décret.

« Art. L. 225-23. – Le salarié en congé de soutien familial ne peut exercer aucune activité professionnelle.

« Toutefois, le salarié en congé de soutien familial peut être employé par la personne aidée dans les conditions prévues au troisième alinéa de l'article L. 232-7 ou au deuxième alinéa de l'article L. 245-12 du code de l'action sociale et des familles.

« Art. L. 225-24. – A l'issue du congé de soutien familial, le salarié retrouve son emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

« Art. L. 225-25. – La durée du congé de soutien familial est prise en compte pour la détermination des avantages liés à l'ancienneté. Le salarié conserve le bénéfice de tous les avantages qu'il avait acquis avant le début du congé.

« Art. L. 225-26. – Le salarié qui suspend son activité par un congé de soutien familial a droit à un entretien avec son employeur avant et après son congé relatif à son orientation professionnelle.

« Art. L. 225-27. – Toute convention contraire aux articles L. 225-20 à L. 225-26 est nulle de plein droit. »

II. – Dans le second alinéa de l'article L. 933-1 du même code, après les mots : « présence parentale », sont insérés les mots : « , de soutien familial ».

III. – L'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les troisième et quatrième alinéas sont supprimés ;

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

« Est également affiliée obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, pour autant que ses ressources ou celles du ménage ne dépassent pas le plafond du complément familial, la personne bénéficiaire du congé de soutien familial prévu à l'article L. 225-20 du code du travail. Cette affiliation est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret.

« Le travailleur non salarié mentionné aux articles L. 611-1 ou L. 722-1 du présent code, à l'article L. 722-4 du code rural ou au 2° de l'article L. 722-10 du même code, ainsi que le conjoint collaborateur mentionné à l'article L. 622-8 du présent code ou aux articles L. 321-5 et L. 732-34 du code rural, qui interrompt son activité professionnelle pour s'occuper de son conjoint, de son concubin, de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, d'un ascendant, d'un descendant, de l'enfant dont il assume la charge au sens de l'article L. 512-1 du présent code, d'un collatéral jusqu'au quatrième degré ou de l'ascendant, du descendant ou du collatéral jusqu'au quatrième degré de son conjoint, de son concubin ou de la personne avec laquelle il a conclu un pacte civil de solidarité, présentant un handicap ou une perte d'autonomie d'une particulière gravité, est affilié obligatoirement, pour une durée de trois mois, à l'assurance vieillesse du régime général, pour autant que ses ressources ou celles du ménage ne dépassent pas le plafond du complément familial. Cette affiliation peut être renouvelée, dans la limite d'une durée maximale d'une année. Elle n'est pas subordonnée à la radiation du travailleur non salarié du centre de formalités des entreprises dont il relève. Elle est subordonnée à la production de justificatifs, définis par décret. » ;

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

« Cependant, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie rembourse à la Caisse nationale des allocations familiales les cotisations acquittées par les organismes débiteurs des prestations familiales au titre des personnes mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas. »

IV. – Le II de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale des allocations familiales en application de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale lorsque la personne aidée est une personne âgée. »

V. – Le quatrième alinéa du III du même article L. 14-10-5 est ainsi rédigé :

« Sont également retracées en charges les subventions dues à la Caisse nationale d'allocations familiales en application des articles L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée, et L. 541-4 du même code. »

VI. – Le titre VII du livre III du code de la sécurité sociale est complété par un chapitre VIII ainsi rédigé :

« CHAPITRE VIII

« *Bénéficiaires de congés spécifiques d'aide à une personne dépendante ou handicapée*

« Section 1

« *Bénéficiaires du congé de soutien familial*

« Art. L. 378-1. – Pour avoir droit ou ouvrir droit aux prestations en espèces à l'issue du congé de soutien familial prévu à l'article L. 225-20 du code du travail, l'assuré, sous réserve toutefois de reprendre son activité

et de n'avoir perçu aucune rémunération au titre de l'aide familiale apportée, doit justifier des conditions prévues aux articles L. 313-1 et L. 341-2 du présent code, la période de congé n'entrant pas en compte pour l'appréciation des périodes mentionnées auxdits articles. »

Article 126

Le fonds de cohésion sociale mentionné au III de l'article 80 de la loi n° 2005-32 du 18 janvier 2005 de programmation pour la cohésion sociale peut garantir des avances remboursables à taux bonifié accordées, par des établissements de crédit avec lesquels il a passé convention, à des personnes âgées de dix-huit à vingt-cinq ans pour les aider dans leur insertion professionnelle. Les parents assumant la charge d'un mineur titulaire du contrat de travail mentionné à l'article L. 117-1 du code du travail peuvent également bénéficier de cette avance.

Le coût de la bonification d'intérêts est à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales qui peut également participer au financement de la garantie.

Article 127

Après l'article L. 223-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 223-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 223-4.* – En cas d'adossement d'un régime de retraite spécial sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés réalisé dans les conditions prévues à l'article L. 222-6, le principe de stricte neutralité financière de l'opération pour les assurés sociaux du régime général posé par l'article L. 222-7 s'applique également à l'égard des assurés sociaux relevant de la Caisse nationale des allocations familiales pour le calcul de la participation mentionnée au 5° de l'article L. 223-1.

« Les rapports établis en application des deuxième et troisième alinéas de l'article L. 222-7 mentionnent les éléments d'information démographiques, financiers et économiques permettant d'apprécier le respect du principe de stricte neutralité de l'adossement à l'égard des assurés sociaux relevant de la Caisse nationale des allocations familiales. »

Article 128

Pour l'année 2007, les objectifs de dépenses de la branche Famille sont fixés :

- 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 55,3 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de sécurité sociale, à 54,9 milliards d'euros.

Section 5

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

Article 129

I. – Après l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-18 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-18.* – Toute personne qui, par quelque moyen que ce soit, incite les assujettis à refuser de se conformer aux prescriptions de la législation de sécurité sociale, et notamment de s'affilier à un organisme de sécurité sociale ou de payer les cotisations et contributions dues, est punie d'un emprisonnement de six mois et d'une amende de 15 000 € ou de l'une de ces deux peines seulement. »

II. – A compter de la publication de la présente loi, sont abrogées les dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 652-7 du code de la sécurité sociale au titre des agissements n'ayant pas fait l'objet à cette date de poursuites aux fins de l'application desdites dispositions.

III. – Dans le premier alinéa de l'article L. 637-1 du même code, après les mots : « en application de l'article », sont insérés les mots : « L. 114-18 ou de l'article ».

Article 130

I. – L'article L. 380-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire, ainsi que les personnes appartenant aux catégories mentionnées aux articles L. 161-14 et L. 313-3. »

II. – L'article L. 512-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le précédent alinéa ne s'applique pas aux travailleurs détachés temporairement en France pour y exercer une activité professionnelle et exemptés d'affiliation au régime français de sécurité sociale en application d'une convention internationale de sécurité sociale ou d'un règlement communautaire ainsi qu'aux personnes à leur charge, sous réserve de stipulation particulière de cette convention. »

Article 131

I. – L'article L. 161-8 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux personnes qui ne résident pas en France au sens du présent code. »

II. – Après l'article L. 161-15-3 du même code, il est inséré un article L. 161-15-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-15-4.* – Toute personne qui cesse de bénéficier des droits aux prestations à l'assurance maladie en application des dispositions du dernier alinéa de l'article L. 161-8 ou de l'article L. 380-1 est tenue d'en informer, dans un délai fixé par arrêté, l'organisme d'assurance maladie auquel elle est rattachée ainsi que de restituer la carte électronique individuelle interrégimes mentionnée à l'article L. 161-31 qui lui a été délivrée.

« En cas de manquement aux obligations fixées à l'alinéa précédent, il est fait application des dispositions de l'article L. 162-1-14. »

Article 132

I. – Après l'article L. 553-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 553-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 553-5.* – Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit aux prestations prévues au présent livre, à l'exception de l'allocation de logement servie en application de l'article L. 542-1.

« Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article. »

II. – Après l'article L. 861-2 du même code, il est inséré un article L. 861-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 861-2-1.* – Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation.

« Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article. »

III. – Dans le premier alinéa de l'article L. 863-1 du même code, la référence : « à l'article L. 861-2 » est remplacée par les références : « aux articles L. 861-2 et L. 861-2-1 ».

IV. – Après l'article L. 262-10 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 262-10-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 262-10-1.* – Lorsqu'il est constaté par l'organisme local de sécurité sociale, à l'occasion de l'instruction d'une demande ou lors d'un contrôle, une disproportion marquée entre, d'une part, le train de vie du demandeur ou du bénéficiaire et, d'autre part, les ressources qu'il déclare, une évaluation forfaitaire des éléments de train de vie est effectuée. Cette évaluation forfaitaire est prise en compte pour la détermination du droit à la prestation.

« Les éléments de train de vie à prendre en compte, qui comprennent notamment le patrimoine mobilier ou immobilier, sont ceux dont la personne a disposé au cours de la période correspondant à la déclaration de ses ressources, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article. »

V. – Après la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 380-2 du code de la sécurité sociale, sont insérées deux phrases ainsi rédigées :

« Servent également au calcul de l'assiette de la cotisation, lorsqu'ils ne sont pas pris en compte en application du IV de l'article 1417 du code général des impôts, l'ensemble des moyens d'existence et des éléments de train de vie, notamment les avantages en nature et les revenus procurés par des biens mobiliers et immobiliers, dont le bénéficiaire de la couverture maladie universelle a disposé, en quelque lieu que ce soit, en France ou à l'étranger, et à quelque titre que ce soit. Ces éléments de train de vie font l'objet d'une évaluation dont les modalités sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 133

Dans le troisième alinéa de l'article L. 613-20 du code de la sécurité sociale, les mots : « d'indemnités journalières dans tout ou partie des cas entraînant l'incapacité de travail prévue » sont remplacés par les mots : « , dans tout ou partie des cas entraînant une incapacité de travail, des indemnités journalières prévues ».

Article 134

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006.]

Article 135

I. – L'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire peut être constituée sous la forme d'une association régie par la loi du 1^{er} juillet 1901. »

II. – Sous réserve des décisions passées en force de chose jugée, sont validées toutes dispositions réglementaires et décisions en tant qu'elles pourraient être contestées sur le fondement du défaut ou de l'irrégularité de la consultation de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

Article 136

Le dernier alinéa de l'article L. 711-1 du code de la sécurité sociale est supprimé.

Article 137

I. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 723-3 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses dont la circonscription comporte plusieurs départements peuvent constituer des comités départementaux selon des modalités fixées par leur conseil d'administration. Les conseils d'administration peuvent leur confier des missions, notamment pour animer le réseau des élus locaux de la mutualité sociale agricole. Ces comités départementaux peuvent être consultés sur les demandes individuelles relatives aux cotisations sociales et les aides individuelles relatives à l'action sanitaire et sociale ainsi que sur toutes questions concernant la gestion des régimes agricoles de protection sociale dans le département. Leurs membres peuvent assurer la représentation de la caisse sur mandat du conseil d'administration. Le comité départemental est composé d'administrateurs de la caisse, élus du département concerné, d'un membre désigné par l'union départementale des associations familiales et de délégués cantonaux du même département. Le nombre de membres du comité départemental ne peut excéder le nombre de membres du conseil d'administration d'une caisse départementale. Les dispositions des articles L. 723-36, L. 723-37 et L. 723-42 sont applicables aux membres de ces comités. »

II. – L'article L. 723-30 du même code est ainsi modifié :

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

« Toutefois, lorsque la circonscription de la caisse s'étend sur plus de trois départements, le nombre d'administrateurs de chacun des départements est égal à neuf, à raison de trois représentants du premier collège, quatre représentants du deuxième collège et deux représentants du troisième collège ; » ;

2° Le troisième alinéa (2°) est ainsi rédigé :

« 2° Des représentants des familles en nombre égal au nombre de départements inclus dans la circonscription de la caisse, dont au moins un salarié et un non-salarié pour les caisses dont la circonscription comporte trois départements au plus et au moins deux salariés et deux non-salariés pour les caisses dont la circonscription comporte plus de trois départements, désignés conjointement par les unions départementales des associations familiales concernées sur proposition des associations familiales rurales. » ;

3° La dernière phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée :

« En ce qui concerne la caisse de mutualité sociale agricole de l'Ile-de-France, le conseil d'administration est composé dans les conditions prévues par l'article L. 723-29 ; les départements de la Haute-Saône et du Territoire de Belfort, d'une part, et le département des Alpes-de-Haute-Provence et des Hautes-Alpes, d'autre part, sont considérés comme un seul département pour l'application du présent article. »

Article 138

I. – Après l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-12-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-12-1. – Il est créé un répertoire national commun aux organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, aux caisses assurant le service des congés payés, ainsi qu'aux organismes mentionnés à l'article L. 351-21 du code du travail, relatif aux bénéficiaires des prestations et avantages de toute nature qu'ils servent.

« Ce répertoire est utilisé par ces organismes, notamment pour les échanges mentionnés à l'article L. 114-12 du présent code et pour ceux prévus, en application du présent code, avec les administrations fiscales.

« Les échanges d'informations et données relatives à ce répertoire peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces

échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité, la fiabilité, la provenance, l'intégrité et la confidentialité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et données échangées sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au répertoire défini au premier alinéa.

« Ont également accès aux données de ce répertoire :

« 1° Les organismes de la branche recouvrement du régime général dans le cadre de l'exercice de leurs missions ;

« 2° Les collectivités territoriales pour les procédures d'attribution d'une forme quelconque d'aide sociale.

« Le répertoire contient les données communes d'identification des individus, les informations relatives à leur affiliation aux différents régimes concernés, à leur rattachement à l'organisme qui leur sert les prestations ou avantages, à la nature de ces derniers, ainsi que l'adresse déclarée aux organismes pour les percevoir.

« Le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques est l'identifiant utilisé.

« Le contenu ainsi que les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'Etat, après avis [*Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006*] de la Commission nationale de l'informatique et des libertés. Ce décret détermine également les conditions d'identification des personnes qui ne disposent pas d'un numéro d'inscription au répertoire mentionné à l'avant-dernier alinéa. »

II. – L'article L. 161 du livre des procédures fiscales est abrogé.

Article 139

I. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 114-12 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ces échanges de renseignements peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité et la fiabilité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les données échangées sont celles nécessaires aux fins énoncées aux 1°, 2° et 3° du présent article. »

II. – Après le premier alinéa de l'article L. 161-1-4 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes de sécurité sociale peuvent notamment se dispenser de solliciter la production de pièces justificatives par le demandeur ou le bénéficiaire d'une prestation lorsqu'ils peuvent obtenir directement les informations ou pièces justificatives nécessaires auprès des personnes morales de droit public ou des personnes morales de droit privé gérant un service public compétentes, notamment par transmission électronique de données. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces transmissions, notamment en vue de garantir l'authenticité et la fiabilité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et pièces justificatives échangées au titre d'une prestation sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives au service de la prestation concernée. »

III. – Après l'article L. 133-5 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 133-5-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-5-1.* – Lorsqu'elles instruisent les demandes d'admission au bénéfice des prestations régies par le présent code ou qu'elles exercent leurs missions de contrôle et d'évaluation, les autorités attribuant ces prestations échangent, avec les personnes morales de droit public ou les personnes morales de droit privé gérant un service public, les informations ou les pièces justificatives ayant pour objet d'apprécier la situation des demandeurs ou des bénéficiaires au regard des conditions d'attribution. De même, les personnes morales de droit public et les personnes morales de droit privé gérant un service public tiennent ces autorités informées, périodiquement ou sur demande de celles-ci, des changements de situation ou des événements affectant les bénéficiaires et pouvant avoir une incidence sur le versement des prestations.

« Ces échanges d'informations ou de pièces justificatives peuvent prendre la forme de transmissions de données par voie électronique. Les traitements automatisés de données qui se limitent à l'organisation de ces échanges, notamment en vue de garantir l'authenticité et la fiabilité des données échangées, sont soumis aux dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, dès lors que les informations et pièces justificatives échangées au titre d'une prestation sont celles définies par les dispositions législatives et réglementaires relatives à cette prestation. »

Article 140

I. – L'intitulé du chapitre VI du titre I^{er} du livre II du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « Constitution, groupement de caisses et délégations ».

II. – L'intitulé de la section 2 du même chapitre est ainsi rédigé : « Groupement de caisses, délégations de missions et d'activités ».

III. – Après l'article L. 216-2 du même code, sont insérés deux articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 216-2-1. – I. – Les conseils d'administration des organismes nationaux mentionnés aux articles L. 222-1, L. 223-1 et L. 225-1 définissent les orientations relatives à l'organisation du réseau des organismes relevant de la branche concernée.

« Pour l'application de ces orientations, le directeur de l'organisme national peut confier à un ou plusieurs organismes de la branche la réalisation de missions ou d'activités relatives à la gestion des organismes, au service des prestations et au recouvrement.

« Les modalités de mise en œuvre sont fixées par convention établie entre l'organisme national et les organismes locaux ou régionaux. Les directeurs signent la convention, après avis des conseils d'administration des organismes locaux ou régionaux concernés.

« II. – Pour les missions liées au service des prestations, l'organisme désigné peut, pour le compte des autres organismes locaux ou régionaux, participer à l'accueil et à l'information des bénéficiaires, servir des prestations, procéder à des vérifications et enquêtes administratives concernant leur attribution et exercer les poursuites contentieuses afférentes à ces opérations. Il peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres organismes locaux ou régionaux.

« III. – L'union de recouvrement désignée peut assurer pour le compte d'autres unions des missions liées au recouvrement, au contrôle et au contentieux du recouvrement. Elle peut également, pour ces mêmes missions, se voir attribuer certaines compétences d'autres unions.

« IV. – Les modalités d'application du présent article sont déterminées, en tant que de besoin, par décret.

« Art. L. 216-2-2. – Les directeurs des organismes locaux ou régionaux peuvent déléguer à un organisme local ou régional la réalisation des missions liées à leur gestion, par convention qui prend effet après approbation par le directeur de l'organisme national de la ou des branches concernées. »

IV. – Dans le dernier alinéa de l'article L. 213-1 du même code, le mot : « contrôle » est remplacé par les mots : « recouvrement, de contrôle et de contentieux ».

V. – Après les mots : « à certains organismes », la fin du 3^o de l'article L. 221-3-1 du même code est ainsi rédigée : « à l'échelon national, interrégional, régional ou départemental, la charge d'assumer certaines missions, notamment celles mentionnées au II de l'article L. 216-2-1 ; ».

VI. – L'article L. 231-1 du même code est abrogé et dans l'article L. 231-13 dudit code, la référence : « L. 231-1 » est remplacée par la référence : « L. 231-2 ».

VII. – Le dernier alinéa de l'article L. 122-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ce décret précise également les conséquences de la mise en œuvre des articles L. 216-2-1 et L. 216-2-2 sur la responsabilité des agents comptables concernés. »

Article 141

Après l'article L. 216-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 2 *bis* ainsi rédigée :

« Section 2 bis

« Caisse commune de sécurité sociale

« Art. L. 216-4. – Des organismes locaux du régime général de sécurité sociale des départements dont toutes les communes ont été classées en zone de revitalisation rurale en application de l'article 1465 A du code général des impôts peuvent, sur l'initiative de leurs conseils et conseils d'administration, proposer la création, à titre expérimental pour une durée de cinq ans, d'une caisse commune exerçant les missions des organismes concernés. Cette caisse est créée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale pris après avis des conseils et conseils d'administration des organismes nationaux concernés.

« Art. L. 216-5. – La caisse commune de sécurité sociale créée à titre expérimental est dotée d'un conseil et d'un directeur. Le conseil est composé d'un nombre égal de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail et d'employeurs et de travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles nationales d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives ainsi que, selon les missions exercées par la caisse commune :

« 1^o De représentants de la Fédération nationale de la mutualité française ;

« 2^o De représentants des associations familiales ;

« 3^o De représentants d'institutions désignées par l'Etat et intervenant dans le domaine de l'assurance maladie ;

« 4^o De personnes qualifiées.

« Le conseil délibère et a les mêmes missions que celles définies à l'article L. 211-2-1 du présent code. Toutefois, en matière de politique d'action sanitaire et sociale, il est également tenu compte des orientations définies par la Caisse nationale d'allocations familiales.

« Le directeur dirige la caisse commune et exerce les mêmes compétences que celles définies à l'article L. 211-2-2.

« *Art. L. 216-6.* – Le directeur et l'agent comptable sont nommés et il peut être mis fin à leurs fonctions dans les conditions prévues à l'article L. 217-3-1. Toutefois, les décisions relatives à la nomination ou à la cessation de fonctions sont prises conjointement par les directeurs des caisses nationales concernées. Les mêmes directeurs exercent sur cette caisse les compétences visées au douzième alinéa de l'article L. 221-3-1 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 227-3, le cas échéant par décision conjointe. »

Section 6

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 142

I. – Le dernier alinéa de l'article 13 de la loi n° 2006-586 du 23 mai 2006 relative au volontariat associatif et à l'engagement éducatif est ainsi modifié :

1° Les mots : « le fonds mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « l'Etat » ;

2° Après les mots : « prend à sa charge », sont insérés les mots : « , dans des conditions fixées par décret, ».

II. – L'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 7° est ainsi rédigé :

« 7° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base des périodes de volontariat du service national de leurs assurés ; »

2° L'avant-dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les sommes mentionnées aux *a*, *b*, *d* et *e* du 4° et au 7° sont calculées sur une base forfaitaire dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. »

Article 143

Pour l'année 2007, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de charges
Fonds de solidarité vieillesse	14,5
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.....	16,6

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 21 décembre 2006.

JACQUES CHIRAC

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

DOMINIQUE DE VILLEPIN

*Le ministre de l'emploi,
de la cohésion sociale et du logement,*
JEAN-LOUIS BORLOO

Le garde des sceaux, ministre de la justice,
PASCAL CLÉMENT

La ministre de la défense,
MICHÈLE ALLIOT-MARIE

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*
THIERRY BRETON

Le ministre de la santé et des solidarités,
XAVIER BERTRAND

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,
DOMINIQUE BUSSEREAU

Le ministre de l'outre-mer,
FRANÇOIS BAROIN

*Le ministre des petites et moyennes entreprises,
du commerce, de l'artisanat
et des professions libérales,*
RENAUD DUTREIL

*Le ministre délégué au budget
et à la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement,*
JEAN-FRANÇOIS COPÉ

*Le ministre délégué à l'emploi, au travail
et à l'insertion professionnelle des jeunes,*
GÉRARD LARCHER

*La ministre déléguée à la cohésion sociale
et à la parité,*
CATHERINE VAUTRIN

*Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées
et à la famille,*
PHILIPPE BAS

(1) Loi n° 2006-1640.

– Travaux préparatoires :

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 3362 ;

Rapport de MM. Pierre-Louis Fagniez, Jean-Marie Rolland, Mme Marie-Françoise Clergeau, M. Denis Jacquat, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 3384 ;

Avis de M. Yves Bur, au nom de la commission des finances, n° 3388 ;

Discussion les 24 à 26 octobre 2006 et adoption le 31 octobre 2006.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 51 (2006-2007) ;

Rapport de MM. Alain Vasselle, André Lardeux, Dominique Leclerc et Gérard Dériot, au nom de la commission des affaires sociales, n° 59 (2006-2007) ;

Avis de M. Jean-Jacques Jégou, au nom de la commission des finances, n° 60 (2006-2007) ;

Discussion les 13 à 17 novembre 2006 et adoption le 17 novembre 2006.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 3449 ;

Rapport de M. Pierre-Louis Fagniez, au nom de la commission mixte paritaire, n° 3450 ;

Discussion et adoption le 28 novembre 2006.

Sénat :

Rapport de M. Alain Vasselle, au nom de la commission mixte paritaire, n° 75 (2006-2007) ;

Discussion et adoption le 30 novembre 2006.

– Conseil constitutionnel :

Décision n° 2006-544 DC du 14 décembre 2006 publiée au *Journal officiel* de ce jour.

A N N E X E A

RAPPORT DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS OU LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS SUR L'EXERCICE 2005

I. – Pour le régime général, l'exercice 2005 fait apparaître un déficit de 11,6 milliards d'euros. Il porte majoritairement sur la branche Maladie.

1. Couverture du déficit de la branche Maladie

Pour cette branche, le déficit de 8 milliards d'euros a été couvert par un versement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

En effet, l'article 76 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu que la CADES couvrirait :

- les déficits cumulés de la branche Maladie au 31 décembre 2003 et le déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 dans la limite globale de 35 milliards d'euros ;
- les déficits prévisionnels des années 2005 et 2006 dans la limite globale de 15 milliards d'euros.

En 2004, quatre versements ont été effectués par la CADES pour un montant total de 35 milliards d'euros en 2004. Néanmoins, le déficit constaté de la branche Maladie en 2004 a été inférieur à celui prévu au moment du débat parlementaire relatif à la loi du 13 août 2004 (33,31 milliards d'euros de déficits cumulés, au lieu des 35 milliards d'euros alors envisagés).

En conséquence, la reprise du déficit 2005, évalué à 8,3 milliards d'euros dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, a tenu compte d'une régularisation de 1,69 milliard d'euros sur l'exercice précédent, et s'est traduite par un versement de 6,61 milliards d'euros (en date du 7 octobre 2005).

Le déficit réel de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) ayant atteint *in fine* 8 milliards d'euros pour l'exercice 2005, une nouvelle régularisation de 300 millions d'euros sera opérée par la CADES lors du versement correspondant à la reprise du déficit prévisionnel de la CNAMTS au titre de 2006.

2. Couverture des déficits des branches Vieillesse, Famille et Accidents du travail - maladies professionnelles

La branche Vieillesse du régime général a enregistré en 2005 un déficit de 1,876 milliard d'euros, la branche Famille de 1,315 milliard d'euros et la branche Accidents du travail et maladies professionnelles de 0,438 milliard d'euros.

Ces déficits ont été couverts par les emprunts de trésorerie que peut conclure l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) auprès de la Caisse des dépôts et consignations, dans la limite du plafond fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale (13 milliards pour 2005 et 18,5 milliards pour 2006).

II. – S'agissant des organismes concourant au financement des régimes :

1. Couverture du déficit du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA)

Le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles a été substitué au budget annexe des prestations sociales agricoles à compter du 1^{er} janvier 2005 et a hérité de la dette de ce dernier qui s'élevait en 2004 à 3,2 milliards d'euros. Cette dette a été apurée à hauteur de 2,5 milliards par un versement par l'Agence France Trésor en janvier 2006. Pour l'exercice 2005, le déficit du FFIPSA atteint 1,4 milliard d'euros.

Le financement de ces déficits a été assuré par les emprunts de trésorerie que peut conclure le FFIPSA auprès du consortium CALYON dans la limite du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale (6,2 milliards pour 2005, 7,1 milliards pour 2006).

2. Couverture du déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

Le résultat du FSV pour l'exercice 2005 est déficitaire de 2 milliards d'euros.

Le FSV ne disposant plus de réserve, n'ayant pas le droit d'emprunter et ne recevant pas de dotation d'équilibre de l'Etat, le déficit cumulé, qui s'élève à 3,7 milliards d'euros au 31 décembre 2005, est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif.

Le fonds se retrouve largement en position de débiteur vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS – 2,7 milliards d'euros au 31 décembre 2005) et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (0,06 milliard d'euros à cette même date).

Ces montants sont donc financés *in fine* par les emprunts de trésorerie de l'ACOSS, dans les mêmes conditions que les déficits propres à la CNAVTS.

3. La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie

Elle a été excédentaire de 0,5 milliard d'euros en 2005. Ces montants ont été reportés sur 2006 et affectés au financement d'investissements dans les établissements médico-sociaux (notamment pour des mises aux normes techniques).

ANNEXE B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

**Hypothèses d'évolution
moyennes sur la période 2008-2010**

	SCÉNARIO	
	Haut	Bas
Produit intérieur brut volume.....	3,0 %	2,25 %
Masse salariale du secteur privé.....	5,2 %	4,4 %
Objectif national de dépenses d'assurance maladie.....	2,5 %	2,2 %
Inflation hors tabac	1,75 %	1,75 %

Les projections quadriennales sont présentées sous deux scénarios économiques et en l'absence de toute affectation de ressources supplémentaires.

Ces deux scénarios reprennent les hypothèses d'évolution du produit intérieur brut (PIB), de la masse salariale et de l'inflation retenues dans les scénarios présentés dans le rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la Nation annexé au projet de loi de finances pour 2007. Dans ces deux scénarios et en retenant une progression moyenne de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de 2,5 % dans le scénario haut et de 2,2 % dans le scénario bas, le solde global du régime général et de l'ensemble des régimes de base s'améliore régulièrement sur la période 2007-2010. Le retour à l'équilibre du régime général est atteint en 2009 dans le scénario haut, et en 2010 dans le scénario bas.

Le déficit de la branche Maladie se réduit rapidement, la branche redevenant excédentaire dès 2009 dans les deux scénarios. La forte progression apparente des charges et des produits de la branche entre 2005 et 2006 est due à la prise en compte des nouveaux transferts entre l'assurance maladie et la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) : en application de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, outre le versement des dépenses médico-sociales, les régimes d'assurance maladie doivent à partir de 2006 comptabiliser en charges un transfert égal à l'ONDAM médico-social vers la CNSA et en contrepartie reçoivent en produits le remboursement par la CNSA des prestations médico-sociales.

L'excédent de la branche Accidents du travail - maladies professionnelles augmente régulièrement sur la période.

La branche Famille renoue avec une situation excédentaire dès 2008 dans les deux scénarios, notamment du fait de l'achèvement de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant.

S'agissant de la branche Vieillesse, l'anticipation du départ en retraite de certains travailleurs et le grand nombre de bénéficiaires de la mesure « carrière longue » amènent à constater un déficit plus important qu'en 2006. Cette dégradation ne remet pas en cause le sens des projections de moyen et de longs termes réalisées dans le cadre du Conseil d'orientation des retraites. Conformément au choix fait de présenter ces tableaux sans affectation de ressources supplémentaire, les présentes projections sont bâties sans préjuger des mesures qui pourraient être prises dans le cadre du premier rendez-vous quinquennal d'examen du financement de la branche pour assurer un retour du régime général à l'équilibre en 2009 et qui devront notamment tenir compte de l'amélioration de la situation de l'emploi.

Les soldes calculés sur l'ensemble des régimes de base sont assez proches de ceux du seul régime général. De nombreux régimes bénéficient en effet de mécanismes garantissant leur équilibre financier (contribution du régime général, subvention de l'Etat ou attribution d'une ressource externe). Le poids des quelques régimes ne bénéficiant pas de tels dispositifs d'équilibrage étant faible, leurs résultats n'affectent que marginalement celui du régime général.

Le Fonds de solidarité vieillesse devrait quant à lui bénéficier de l'amélioration de la conjoncture, qui se traduit par une accélération des recettes et par un ralentissement des charges au titre de la prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs. Son solde s'améliorerait notablement sur la période.

Le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) connaît une progression relativement modérée de ses charges comme de ses recettes. Le déficit de ce fonds ne se retrouve pas au sein des comptes de l'ensemble des régimes de base puisque, avec la mise en place du FFIPSA en 2005, le régime des non-salariés agricoles comptabilise un produit à recevoir du FFIPSA.

Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2007-2010*(Scénario économique bas)***Régime général***(En milliards d'euros)*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	121,0	136,7	142,8	147,9	154,0	160,3
Dépenses.....	129,0	142,7	146,7	150,2	154,1	158,0
Solde	- 8,0	- 6,1	- 3,9	- 2,3	- 0,1	2,4
Accidents du travail – maladies professionnelles						
Recettes	9,0	9,8	10,3	10,7	11,1	11,6
Dépenses.....	9,4	9,8	10,2	10,5	10,8	10,9
Solde	- 0,4	0,0	0,1	0,2	0,4	0,7
Famille						
Recettes	50,0	52,0	54,1	56,1	58,4	60,7
Dépenses.....	51,4	53,3	54,9	56,1	57,3	58,6
Solde	- 1,3	- 1,3	- 0,8	0,0	1,0	2,0
Vieillesse						
Recettes	78,8	82,4	85,4	88,4	91,7	95,5
Dépenses.....	80,7	84,7	88,9	92,9	96,8	100,7
Solde	- 1,9	- 2,4	- 3,5	- 4,5	- 5,1	- 5,1
Toutes branches consolidé						
Recettes	253,9	275,9	287,5	297,9	309,7	322,4
Dépenses.....	264,5	285,6	295,5	304,5	313,5	322,5
Solde	- 11,6	- 9,7	- 8,0	- 6,6	- 3,8	- 0,1

Ensemble des régimes obligatoires de base*(En milliards d'euros)*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	141,8	159,3	166,2	171,5	178,4	185,5

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépenses.....	149,9	165,2	170,1	174,3	178,9	183,5
Solde	- 8,1	- 5,9	- 4,0	- 2,7	- 0,5	2,0
Accidents du travail – maladies professionnelles						
Recettes	10,4	11,1	11,5	12,0	12,5	13,0
Dépenses.....	10,8	11,1	11,4	11,8	12,1	12,3
Solde	- 0,4	0,0	0,1	0,2	0,4	0,7
Famille						
Recettes	50,5	52,5	54,6	56,6	58,8	61,1
Dépenses.....	51,7	53,6	55,3	56,5	57,7	59,0
Solde	- 1,2	- 1,2	- 0,7	0,1	1,1	2,1
Vieillesse						
Recettes	154,8	161,0	167,7	174,0	180,3	187,3
Dépenses.....	156,4	162,7	170,6	178,2	185,3	192,4
Solde	- 1,6	- 1,6	- 2,9	- 4,2	- 4,9	- 5,1
Toutes branches consolidé						
Recettes	352,3	378,8	394,8	408,8	424,4	441,0
Dépenses.....	363,7	387,6	402,3	415,4	428,3	441,4
Solde	- 11,4	- 8,8	- 7,5	- 6,6	- 3,9	- 0,3

Fonds de solidarité vieillesse*(En milliards d'euros)*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes.....	12,6	13,4	13,9	14,1	14,7	15,3
Dépenses.....	14,6	14,6	14,5	14,6	14,7	15,3
Solde	- 2,0	- 1,2	- 0,6	- 0,5	0,0	0,0

Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles*(En milliards d'euros)*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes.....	14,3	14,4	14,5	14,7	14,9	15,1

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Dépenses.....	15,7	16,3	16,6	16,8	17,0	17,3
Solde	- 1,4	- 1,9	- 2,1	- 2,2	- 2,2	- 2,2

Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2007-2010

(Scénario économique haut)

Régime général

(En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	121,0	136,7	142,8	148,7	155,6	163,0
Dépenses.....	129,0	142,7	146,7	150,2	154,2	159,0
Solde	- 8,0	- 6,1	- 3,9	- 1,5	1,4	3,9
Accidents du travail - maladies professionnelles						
Recettes	9,0	9,8	10,3	10,8	11,3	11,9
Dépenses.....	9,4	9,8	10,2	10,5	10,8	11,0
Solde	- 0,4	0,0	0,1	0,2	0,5	0,9
Famille						
Recettes	50,0	52,0	54,1	56,4	58,9	61,6
Dépenses.....	51,4	53,3	54,9	56,1	57,3	58,7
Solde	- 1,3	- 1,3	- 0,8	0,3	1,6	2,9
Vieillesse						
Recettes	78,8	82,4	85,4	88,9	92,9	97,4
Dépenses.....	80,7	84,7	88,9	92,9	96,8	100,7
Solde	- 1,9	- 2,4	- 3,5	- 4,1	- 3,8	- 3,3
Toutes branches consolidé						
Recettes	253,9	275,9	287,5	299,5	313,3	328,0
Dépenses.....	265,5	285,6	295,5	304,5	313,6	323,6
Solde	- 11,6	- 9,7	- 8,0	- 5,0	- 0,3	4,5

Ensemble des régimes obligatoires de base*(En milliards d'euros)*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Maladie						
Recettes	141,8	159,3	166,2	172,2	180,0	188,1
Dépenses.....	149,9	165,2	170,1	174,2	179,0	184,6
Solde	- 8,1	- 5,9	- 4,0	- 2,0	1,0	3,6
Accidents du travail - maladies professionnelles						
Recettes	10,4	11,1	11,5	12,1	12,7	13,2
Dépenses.....	10,8	11,1	11,4	11,8	12,1	12,3
Solde	- 0,4	0,0	0,1	0,3	0,6	1,0
Famille						
Recettes	50,5	52,5	54,6	56,9	59,4	62,1
Dépenses.....	51,7	53,6	55,3	56,5	57,7	59,0
Solde	- 1,2	- 1,2	- 0,7	0,4	1,7	3,0
Vieillesse						
Recettes	154,8	161,0	167,7	174,5	181,6	189,1
Dépenses.....	156,4	162,7	170,6	178,3	185,3	192,4
Solde	- 1,6	- 1,6	- 2,9	- 3,7	- 3,7	- 3,3
Toutes branches consolidé						
Recettes	352,3	378,8	394,8	410,4	428,0	446,7
Dépenses.....	363,7	387,6	402,3	415,4	428,4	442,4
Solde	- 11,4	- 8,8	- 7,5	- 5,0	- 0,4	4,2

Fonds de solidarité vieillesse*(En milliards d'euros)*

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes	12,6	13,4	13,9	14,2	14,8	15,5
Dépenses.....	14,6	14,6	14,5	14,6	14,8	15,4
Solde	- 2,0	- 1,2	- 0,6	- 0,4	0,0	0,0

Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles

(En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Recettes	14,3	14,4	14,5	14,7	14,9	15,2
Dépenses.....	15,7	16,3	16,6	16,8	17,0	17,3
Solde	- 1,4	- 1,9	- 2,1	- 2,1	- 2,1	- 2,1

A N N E X E 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 2005

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives.....	67,7	85,8	29,2	7,7	190,5
Cotisations fictives	1,0	31,5	0,1	0,3	32,9
Cotisations prises en charge par l'Etat.....	7,8	5,8	3,3	1,6	18,5
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques.....	1,1	5,4	6,0	0,1	12,5
Impôts et taxes affectées.....	61,2	5,6	10,8	0,2	77,8
dont contribution sociale généralisée.....	50,4	0,0	10,4	0,0	60,9
Transferts reçus.....	1,0	20,0	0,1	0,0	16,2
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources.....	1,9	0,5	0,6	0,5	3,5
Total par branche.....	141,8	154,8	50,5	10,4	352,3

Exercice 2006 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives.....	69,7	89,3	30,3	8,2	197,5
Cotisations fictives	1,0	33,1	0,1	0,3	34,5

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations prises en charge par l'Etat.....	1,5	1,3	0,6	0,3	3,7
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques.....	1,6	6,4	6,4	0,1	14,5
Impôts et taxes affectées	71,2	11,1	14,5	1,7	98,6
dont contribution sociale généralisée.....	53,6	0,0	11,0	0,0	64,6
Transferts reçus.....	12,1	19,1	0,0	0,0	26,4
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,3
Autres ressources.....	2,1	0,5	0,2	0,4	3,3
Total par branche.....	159,3	161,0	52,5	11,1	378,8

Exercice 2007 (prévisions)*(En milliards d'euros)*

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives.....	72,4	93,3	31,5	8,6	205,8
Cotisations fictives	1,1	34,6	0,1	0,3	36,1
Cotisations prises en charge par l'Etat.....	1,7	1,4	0,6	0,3	4,0
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques.....	1,6	7,0	6,5	0,1	15,2
Impôts et taxes affectées.....	74,4	11,5	15,1	1,8	102,8
dont contribution sociale généralisée.....	55,7	0,0	11,4	0,0	67,1
Transferts reçus.....	13,1	19,3	0,0	0,0	27,5
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2
Autres ressources.....	1,9	0,5	0,4	0,4	3,2
Total par branche.....	166,2	167,7	54,6	11,5	394,8

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).

2. Recettes par catégorie et par branche du régime général de la sécurité sociale :

Exercice 2005*(En milliards d'euros)*

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives.....	60,4	55,2	29,0	7,0	151,6

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	7,3	5,4	3,3	1,5	17,4
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3
Autres contributions publiques.....	0,4	0,1	6,0	0,0	6,5
Impôts et taxes affectées.....	49,7	0,9	10,8	0,2	61,5
dont contribution sociale généralisée.....	44,0	0,0	10,4	0,0	54,4
Transferts reçus.....	0,8	17,1	0,1	0,0	13,2
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources.....	2,2	0,1	0,6	0,4	3,3
Total par branche.....	121,0	78,8	50,0	9,0	253,9

Exercice 2006 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives.....	62,2	57,8	30,1	7,5	157,7
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat.....	1,4	1,1	0,6	0,3	3,3
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3
Autres contributions publiques.....	0,4	0,1	6,4	0,0	6,9
Impôts et taxes affectées.....	59,4	6,0	14,4	1,6	81,4
dont contribution sociale généralisée.....	46,9	0,0	11,0	0,0	58,0
Transferts reçus.....	11,0	17,1	0,0	0,0	23,4
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources.....	2,0	0,2	0,2	0,4	2,8
Total par branche.....	136,7	82,4	52,0	9,8	275,9

Exercice 2007 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives.....	64,8	60,6	31,3	7,9	164,5

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat.....	1,5	1,2	0,6	0,3	3,6
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	0,3	0,0	0,3	0,0	0,4
Autres contributions publiques.....	0,4	0,1	6,5	0,0	7,1
Impôts et taxes affectées.....	61,9	6,4	15,0	1,7	85,1
dont contribution sociale généralisée.....	48,8	0,0	11,4	0,0	60,2
Transferts reçus.....	12,1	17,0	0,0	0,0	24,3
Revenus des capitaux.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources.....	1,8	0,1	0,3	0,4	2,6
Total par branche.....	142,8	85,4	54,1	10,3	287,5

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

3. Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

Exercice 2005

(En milliards d'euros)

	FONDS DE SOLIDARITÉ vieillesse	FONDS DE FINANCEMENT des prestations sociales des non-salariés agricoles
Cotisations effectives	0,0	1,7
Cotisations fictives.....	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat.....	0,0	0,0
Autres contributions publiques.....	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées.....	10,5	6,2
dont contribution sociale généralisée.....	9,9	0,9
Transferts reçus.....	2,1	5,8
Revenus des capitaux.....	0,0	0,0
Autres ressources.....	0,0	0,6
Total par organisme.....	12,6	14,3

Exercice 2006 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	FONDS DE SOLIDARITÉ vieillesse	FONDS DE FINANCEMENT des prestations sociales des non-salariés agricoles
Cotisations effectives	0,0	1,7

	FONDS DE SOLIDARITÉ vieillesse	FONDS DE FINANCEMENT des prestations sociales des non-salariés agricoles
Cotisations fictives.....	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat.....	0,0	0,0
Autres contributions publiques.....	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées..... dont contribution sociale généralisée.....	11,2 10,4	6,0 0,9
Transferts reçus.....	2,2	6,3
Revenus des capitaux.....	0,0	0,0
Autres ressources.....	0,0	0,4
Total par organisme.....	13,4	14,4

Exercice 2007 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	FONDS DE SOLIDARITÉ vieillesse	FONDS DE FINANCEMENT des prestations sociales des non-salariés agricoles
Cotisations effectives.....	0,0	1,6
Cotisations fictives.....	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat.....	0,0	0,0
Autres contributions publiques.....	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées..... dont contribution sociale généralisée.....	11,6 10,8	6,1 1,0
Transferts reçus.....	2,3	6,3
Revenus des capitaux.....	0,0	0,0
Autres ressources.....	0,0	0,5
Total par organisme.....	13,9	14,5