

LOIS

LOI n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 (1)

NOR : BCFX0766311L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007 ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2006

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2006, sont approuvés :

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

(En milliards d'euros)

	RECETTES	DÉPENSES	SOLDE
Maladie	160,1	166,0	- 5,9
Vieillesse	162,2	163,2	- 1,0
Famille	52,9	53,7	- 0,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,2	11,3	- 0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	381,4	389,2	- 7,8

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

(En milliards d'euros)

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

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

(En milliards d'euros)

	RECETTES	DÉPENSES	SOLDE
Fonds de solidarité vieillesse	13,5	14,7	- 1,3

	RECETTES	DÉPENSES	SOLDE
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	15,0	16,3	- 1,3

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

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

6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 2,8 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 2006.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2007

Section 1

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

Article 3

Au titre de l'année 2007, sont 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	166,8	173,4	- 6,6
Vieillesse	168,0	172,1	- 4,0
Famille	54,7	55,1	- 0,5
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,3	11,6	- 0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	395,5	406,9	- 11,4

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

(En milliards d'euros)

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

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	PRÉVISIONS de charges	SOLDE
Fonds de solidarité vieillesse	14,0	14,2	- 0,3
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	14,2	16,5	- 2,3

Article 4

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

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

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 5

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

Article 6

I. – Au titre de l'année 2007, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	OBJECTIFS DE DÉPENSES
Maladie	173,4
Vieillesse	172,1
Famille	55,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	11,6
Toutes branches (hors transferts entre branches)	406,9

II. – Au titre de l'année 2007, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	OBJECTIFS DE DÉPENSES
Maladie	149,7
Vieillesse	90,0
Famille	54,8
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	299,6

Article 7

Au titre de l'année 2007, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie rectifié de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à :

(En milliards d'euros)

	OBJECTIFS DE DÉPENSES
Dépenses de soins de ville.....	69,4
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.....	47,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé.....	18,2
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	4,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.....	7,0
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge.....	0,8
Total.....	147,7

TROISIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES
ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2008**

Article 8

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

Section 1

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

Article 9

I. – Après le premier alinéa des articles 46 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, 65 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale et 53 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonctionnaire détaché pour l'exercice d'un mandat parlementaire ne peut, pendant la durée de son mandat, acquérir de droits à pensions dans son régime d'origine. »

II. – Le dernier alinéa de l'article 4 de l'ordonnance n° 58-1210 du 13 décembre 1958 portant loi organique relative à l'indemnité des membres du Parlement est supprimé.

III. – Le présent article entre en vigueur, pour les députés et les sénateurs, à compter, respectivement, du prochain renouvellement intégral de l'Assemblée nationale et du prochain renouvellement triennal du Sénat.

Article 10

L'article 575 du code général des impôts est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque le prix de vente au détail homologué des cigarettes et des tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes est inférieur, respectivement, à 95 % et 97 % du prix moyen de ces produits constaté par le dernier arrêté de prix, le montant des minimums de perception prévu à l'article 575 A peut être relevé par arrêté du ministre chargé du budget.

« Pour les cigarettes, le minimum de perception qui résulte de cette augmentation ne peut excéder le montant du droit de consommation applicable aux cigarettes de la classe de prix la plus demandée.

« Pour les tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes, l'augmentation du minimum de perception ne peut dépasser 25 % du montant figurant au dernier alinéa de l'article 575 A. »

Article 11

L'article 575 A du code général des impôts est ainsi modifié :

- 1° Dans l'avant-dernier alinéa, le montant : « 128 € » est remplacé par le montant : « 155 € » ;
- 2° Dans le dernier alinéa, le montant : « 75 € » est remplacé par le montant : « 85 € ».

Article 12

La quatrième phrase du premier alinéa du III de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , et hors rémunération des temps de pause, d'habillage et de déshabillage versée en application d'une convention ou d'un accord collectif étendu en vigueur au 11 octobre 2007 ».

Article 13

I. – Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 7 et une section 8 ainsi rédigées :

« Section 7

« Contribution patronale sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites

« Art. L. 137-13. – I. – Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires, une contribution due par les employeurs :

- « – sur les options consenties dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ;
- « – sur les actions attribuées dans les conditions prévues aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-5 du même code.

« En cas d'options de souscription ou d'achat d'actions, cette contribution s'applique, au choix de l'employeur, sur une assiette égale soit à la juste valeur des options telle qu'elle est estimée pour l'établissement des comptes consolidés pour les sociétés appliquant les normes comptables internationales adoptées par le règlement (CE) n° 1606/2002 du Parlement européen et du Conseil du 19 juillet 2002 sur l'application des normes comptables internationales, soit à 25 % de la valeur des actions sur lesquelles portent ces options, à la date de décision d'attribution. Ce choix est exercé par l'employeur pour la durée de l'exercice pour l'ensemble des options de souscription ou d'achat d'actions qu'il attribue ; il est irrévocable durant cette période.

« En cas d'attribution gratuite d'actions, cette contribution s'applique, au choix de l'employeur, sur une assiette égale soit à la juste valeur des actions telle qu'elle est estimée pour l'établissement des comptes consolidés pour les sociétés appliquant les normes comptables internationales adoptées par le règlement (CE) n° 1606/2002 du Parlement européen et du Conseil du 19 juillet 2002 précité, soit à la valeur des actions à la date de la décision d'attribution par le conseil d'administration ou le directoire. Ce choix est exercé par l'employeur pour la durée de l'exercice pour l'ensemble des attributions gratuites d'actions ; il est irrévocable durant cette période.

« II. – Le taux de cette contribution est fixé à 10 %. Elle est exigible le mois suivant la date de la décision d'attribution des options ou des actions visées au I.

« III. – Ces dispositions sont également applicables lorsque l'option est consentie ou 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 le bénéficiaire exerce son activité.

« IV. – Les articles L. 137-3 et L. 137-4 s'appliquent à la présente contribution.

« Section 8

« Contribution salariale sur les attributions d'options de souscription ou d'achat d'actions et sur les attributions d'actions gratuites

« Art. L. 137-14. – Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires, une contribution salariale de 2,5 % assise sur le montant des avantages définis aux 6 et 6 bis de l'article 200 A du code général des impôts.

« Cette contribution est établie, recouvrée et contrôlée dans les conditions et selon les modalités prévues au III de l'article L. 136-6 du présent code. »

II. – Les dispositions du présent article sont applicables aux attributions consenties à compter du 16 octobre 2007.

Article 14

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

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

2° La première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-17-2-1 est ainsi rédigée :

« La pénalité est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;

3° Dans la première phrase de l'antépénultième alinéa de l'article L. 162-17-4 et de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-17-7, après le mot : « par », sont insérés les mots : « les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de » ;

4° Le dernier alinéa de l'article L. 162-18 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les remises sont recouvrées par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. » ;

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

6° L'article L. 245-2 est ainsi modifié :

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

b) Le 1° du II est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'abattement forfaitaire est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois » ;

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

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

7° L'article L. 245-4 est ainsi modifié :

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

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

8° L'article L. 245-5-2 est ainsi modifié :

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

b) Dans la dernière phrase du 1°, après le mot : « inscrits », sont insérés les mots : « aux titres I^{er} et III » ;

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

« Cet abattement est modulé, selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat, lorsque la durée du ou des exercices clos depuis la dernière échéance de la contribution est différente de douze mois. » ;

9° L'article L. 245-5-3 est ainsi modifié :

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

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

II. – 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 2008 est fixé, à titre exceptionnel, à 1 %.

III. – L'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale est abrogé.

IV. – Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2008 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 1,4 % est substitué au taux K mentionné dans les tableaux figurant au même article.

V. – Les 1° à 4° du I entrent en vigueur le 1^{er} juillet 2008.

Article 15

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 16

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

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

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

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

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

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

2° Le II est ainsi rédigé :

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

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

« Art. L. 320-4. – Tout employeur de personnel salarié ou assimilé est tenu d'adresser à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont il relève, au plus tard le 31 janvier de chaque année, une déclaration indiquant le nombre de salariés partis en préretraite ou placés en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente, leur âge et le montant de l'avantage qui leur est alloué. Cette déclaration indique également le nombre de mises à la retraite d'office à l'initiative de l'employeur intervenant dans les conditions de l'article L. 122-14-13 et le nombre de salariés âgés de soixante ans et plus licenciés au cours de l'année civile précédant la déclaration.

« Le défaut de production, dans les délais prescrits, de cette déclaration entraîne une pénalité dont le montant est égal à six cents fois le taux horaire du salaire minimum de croissance. Cette pénalité est recouvrée par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont relève l'employeur. Son produit est affecté à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

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

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

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

« Art. L. 1221-18. – Tout employeur de personnel salarié ou assimilé est tenu d'adresser à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont il relève, au plus tard le 31 janvier de chaque année, une déclaration indiquant le nombre de salariés partis en préretraite ou placés en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente, leur âge et le montant de l'avantage qui leur est alloué. Cette déclaration indique également le nombre de mises à la retraite d'office à l'initiative de l'employeur intervenant dans les conditions des articles L. 1237-5 à L. 1237-10 et le nombre de salariés âgés de soixante ans et plus licenciés au cours de l'année civile précédant la déclaration.

« Le défaut de production, dans les délais prescrits, de cette déclaration entraîne une pénalité dont le montant est égal à six cents fois le taux horaire du salaire minimum de croissance. Cette pénalité est recouvrée par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont relève l'employeur. Son produit est affecté à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

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

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

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

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

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

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

VIII. – Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 6 ainsi rédigée :

*« Section 6**« Contribution sur les indemnités de mise à la retraite*

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

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

« Les articles L. 137-3 et L. 137-4 sont applicables à la présente contribution. »

IX. – Le VIII est applicable aux indemnités de mise à la retraite versées à compter du 11 octobre 2007.

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

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

2° Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 241-3, après la référence : « L. 135-2 », sont insérés les mots : « , par les contributions prévues aux articles L. 137-10 et L. 137-12 ».

XI. – Le X du présent article est applicable à compter du 11 octobre 2007.

XII. – Les trois dernières phrases du deuxième alinéa et le troisième alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail sont supprimés.

Article 17

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

1° Dans le *a* et la première phrase du cinquième alinéa du II, les mots : « aux dispositions des III, IV et V » sont remplacés par les mots : « au III » ;

2° Le III est ainsi rédigé :

« III. – L'assiette forfaitaire provisoire prévue au *a* du II est égale à six cents fois le montant du salaire minimum de croissance en vigueur au 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due. » ;

3° Les IV et V sont abrogés ;

4° Le quatrième alinéa du VII est ainsi rédigé :

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

5° Le dernier alinéa du VII est supprimé.

II. – Le II de l'article L. 136-5 du même code est ainsi rédigé :

« II. – La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des salariés des professions agricoles est directement recouvrée et contrôlée par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues au régime de la sécurité sociale des salariés des professions agricoles.

« La contribution due sur les revenus des personnes assujetties au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles ainsi que la contribution due sur les revenus des personnes redevables de la cotisation de solidarité visée à l'article L. 731-23 du code rural sont directement recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations d'assurance maladie, maternité et invalidité dues au régime de la sécurité sociale des non-salariés des professions agricoles. »

III. – L'article L. 741-27 du code rural est ainsi modifié :

1° Les I, II, III et IV deviennent respectivement les II, III, IV et V et il est rétabli un I ainsi rédigé :

« I. – Les dispositions du II de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale sont applicables aux cotisations patronales d'assurances sociales et d'allocations familiales dues pour l'emploi d'accueillants familiaux mentionnés à l'article L. 441-1 du code de l'action sociale et des familles par les groupements professionnels agricoles mentionnés au 6° de l'article L. 722-20 du présent code qui ont passé un contrat conforme aux articles L. 442-1 et L. 444-3 du code de l'action sociale et des familles. » ;

2° Dans le III, la référence : « I » est remplacée par la référence : « II ».

IV. – Dans l'article L. 751-17 du même code, après la référence : « L. 241-13 », sont insérés les mots : « et de l'article L. 241-18 ».

Les dispositions du présent IV s'appliquent à compter du 1^{er} octobre 2007.

Article 18

La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 731-13 du code rural est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :

« Cette exonération est applicable pendant cinq années civiles aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole à titre principal à compter de la première année au titre de laquelle des cotisations d'assurance

maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole sont dues. Toutefois, en cas de cessation temporaire d'activité avant la fin de la période d'exonération, le bénéfice de celle-ci est suspendu. Il est rétabli à la reprise d'activité pour la durée d'exonération restant à courir à condition que la cessation d'activité n'excède pas une durée fixée par décret. »

Article 19

I. – Les articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux sont abrogés à compter du 1^{er} novembre 2007. Toutefois, ces articles continuent à s'appliquer aux contrats de travail conclus avant le 1^{er} novembre 2007 et jusqu'au terme de ceux-ci.

II. – Le code du travail est ainsi modifié :

1° Dans le second alinéa du II de l'article L. 322-13, après le mot : « licenciement », sont insérés les mots : « au sens de l'article L. 321-1 » ;

2° Après l'article L. 322-13, il est inséré un article L. 322-14 ainsi rédigé :

« Art. L. 322-14. – L'exonération définie à l'article L. 322-13 est applicable, dans les mêmes conditions, aux gains et rémunérations versés aux salariés embauchés à compter du 1^{er} novembre 2007 dans les zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts par les organismes visés au 1 de l'article 200 du même code ayant leur siège social dans ces mêmes zones. »

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

1° Dans le dernier alinéa du II de l'article L. 131-4-2, après le mot : « licenciement », sont insérés les mots : « au sens de l'article L. 1233-3 du code du travail » ;

2° Après l'article L. 131-4-2, il est inséré un article L. 131-4-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 131-4-3. – L'exonération définie à l'article L. 131-4-2 est applicable, dans les mêmes conditions, aux gains et rémunérations versés aux salariés embauchés à compter du 1^{er} novembre 2007 dans les zones de revitalisation rurale définies à l'article 1465 A du code général des impôts par les organismes visés au 1 de l'article 200 du même code ayant leur siège social dans ces mêmes zones. »

IV. – Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport sur l'évaluation des dispositifs prévus par le présent article.

Article 20

I. – Les dispositions de l'article L. 311-2 du code de la sécurité sociale bénéficient aux personnes exerçant une activité économique réduite à fin d'insertion et bénéficiant d'un accompagnement en matière administrative et financière assuré par une association agréée par le ministre chargé de la sécurité sociale.

II. – Un décret fixe les modalités d'application du I. Il définit notamment la liste des activités éligibles, les modalités de déclaration de l'activité à l'organisme consulaire concerné, la durée maximale de l'affiliation prévue au I ainsi que les conditions d'agrément et de rémunération des associations. Il fixe également le montant des revenus tirés de l'activité visée en deçà duquel est ouvert le bénéfice de l'affiliation prévue au I.

III. – Le présent article est applicable jusqu'au 31 décembre 2010.

Article 21

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 22

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

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

2° La seconde phrase du 2° de l'article L. 161-1-2 est supprimée ;

3° La sous-section 5 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} est abrogée ;

4° A la fin de l'article L. 161-27, la référence : « L. 161-24 » est remplacée par la référence : « L. 161-23-1 » ;

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

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

6° L'article L. 241-10 est ainsi modifié :

a) Dans le premier alinéa des I et III et dans le II, les mots : « totalement » et « , d'accidents du travail » sont supprimés ;

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

- c) Dans la première phrase du III *bis*, les mots : « , d'accidents du travail » sont supprimés ;
- 7° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 241-12, les mots : « , d'allocations familiales et d'accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et d'allocations familiales » ;
- 8° L'article L. 752-3-1 est ainsi modifié :
- a) Dans le premier alinéa, après les mots : « législation de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « , à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles » ;
- b) Dans le premier alinéa du I et dans les II et III, après les mots : « des cotisations patronales », sont insérés les mots : « , à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, ».
- II. – Le code du travail est ainsi modifié :
- 1° Dans le deuxième alinéa du II de l'article L. 322-4-7, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés ;
- 2° Dans le I de l'article L. 322-13 et dans le 2° du I de l'article L. 832-2, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».
- III. – Le code du travail, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative), est ainsi modifié :
- 1° Dans le 1° de l'article L. 5134-31, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés ;
- 2° Dans le premier alinéa de l'article L. 5522-18, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».
- IV. – Le code rural est ainsi modifié :
- 1° Dans le dernier alinéa de l'article L. 741-15-1, les références : « les articles L. 741-4-1 et L. 751-17-1 » sont remplacées par la référence : « l'article L. 741-4-1 » ;
- 2° Dans le dernier alinéa de l'article L. 741-15-2, les références : « les articles L. 741-4-2 et L. 751-17-2 » sont remplacées par la référence : « l'article L. 741-4-2 » ;
- 3° Dans le premier alinéa du I et le IV de l'article L. 741-27, les mots : « , d'accidents du travail » sont supprimés ;
- 4° Dans l'article L. 751-17, les références : « des articles L. 241-12, L. 241-13 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 241-13 » ;
- 5° Les articles L. 751-17-1 et L. 751-17-2 sont abrogés.
- V. – Dans le premier alinéa du I de l'article 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, le I de l'article 15 et l'article 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux et le premier alinéa du VII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés.
- VI. – Dans le I de l'article 131 de la loi de finances pour 2004 (n° 2003-1311 du 30 décembre 2003), les mots : « , des allocations familiales, des accidents du travail et des maladies professionnelles » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».
- VII. – Le présent article est applicable aux cotisations dues au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2008.

Article 23

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

- 1° Dans le 4° de l'article L. 651-1, les mots : « , dans la mesure où elles sont assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application des dispositions de l'article 256 B du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « dans les limites de leur activité concurrentielle » ;
- 2° Le même article L. 651-1 est complété par un 11° ainsi rédigé :
- « 11° Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code de commerce et des sociétés coopératives européennes, au sens du règlement (CE) 1435/2003 du Conseil du 22 juillet 2003 relatif au statut de la société coopérative européenne. » ;
- 3° Dans le troisième alinéa de l'article L. 651-3, les références : « 5° et 10° » sont remplacées par les références : « 5°, 10° et 11° ».

Article 24

- I. – L'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- « Les dispositions du premier alinéa du présent article ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7. »
- II. – 1. L'article L. 242-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :
- « Les dispositions des deux alinéas précédents ne donnent pas lieu à application de l'article L. 131-7. »

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VI. – Le présent article est applicable à compter du 1^{er} janvier 2007.

Article 25

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 26

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 27

Les cotisations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 766-1 du code de la sécurité sociale ne sont pas dues par les personnes qui formulent leur demande d'adhésion du 1^{er} janvier 2008 au 31 décembre 2008.

Article 28

Le montant correspondant à la compensation par le budget de l'Etat des exonérations, des réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale est fixé, pour 2008, à 3,2 milliards d'euros.

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 29

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

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS DE RECETTES
Maladie	175,4
Vieillesse	175,6
Famille	57,1
Accidents du travail et maladies professionnelles	12,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	414,8

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS DE RECETTES
Maladie	151,0
Vieillesse	89,2
Famille	56,7
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,8
Toutes branches (hors transferts entre branches)	302,3

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS DE RECETTES
Fonds de solidarité vieillesse	14,8
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	14,2

Article 30

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

(En milliards d'euros)

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

Article 31

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie	151,0	155,2	- 4,2
Vieillesse	89,2	94,3	- 5,2
Famille	56,7	56,4	0,3

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Accidents du travail et maladies professionnelles	10,8	10,5	0,3
Toutes branches (hors transferts entre branches)	302,3	311,1	- 8,8

Article 32

Pour l'année 2008, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Fonds solidarité vieillesse	14,8	14,2	0,6
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles	14,2	16,8	- 2,7

Article 33

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

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS DE RECETTES
Prélèvement social 2 %	1,7
Affectation de l'excédent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse	-
Affectation de l'excédent du Fonds de solidarité vieillesse	-
Avoirs d'assurance sur la vie en déshérence	-
Revenus exceptionnels (privatisations)	-
Autres recettes affectées	-
Total	1,7

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 34

I. – Après l'article L. 114-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 114-6-1 ainsi rédigé :

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

II. – L'article L. 114-8 du même code est complété par huit alinéas ainsi rédigés :

« Les commissaires aux comptes sont également tenus de communiquer leur rapport aux autorités administratives compétentes en ce qui concerne les comptes annuels et les comptes combinés mentionnés au premier alinéa du présent article.

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

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

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

« 1° A constituer une violation aux dispositions législatives et réglementaires qui leur sont applicables ;

« 2° A entraîner le refus de la certification de ses comptes ou l'émission de réserves.

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

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

Article 35

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

(En millions d'euros)

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

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2008

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 36

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

« Art. L. 162-14-1-1. – I. – Toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2 entre en vigueur au plus tôt à l'expiration d'un délai de six mois à compter de l'approbation prévue à l'article L. 162-15 de la convention, de l'accord ou de l'avenant comportant cette mesure.

« II. – Lorsque le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie émet un avis considérant qu'il existe un risque sérieux de dépassement de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au sens du dernier alinéa de l'article L. 114-4-1, et dès lors qu'il apparaît que ce risque de dépassement est en tout ou partie imputable à l'évolution de celui des sous-objectifs mentionnés au 3° du D du I de l'article LO 111-3 comprenant les dépenses de soins de ville, l'entrée en vigueur de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation au cours de l'année des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2 est suspendue, après consultation des parties signataires à la convention nationale concernée. A défaut d'un avenant fixant à nouveau une date d'entrée en vigueur des revalorisations compatible avec les mesures de redressement mentionnées à l'article L. 114-4-1, l'entrée en vigueur est reportée au 1^{er} janvier de l'année suivante. »

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

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

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

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

« L'Union nationale des caisses d'assurance maladie soumet pour avis à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, avant transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires mentionnés au 1° du I de l'article L. 162-14-1 ou des rémunérations mentionnées par les conventions ou accords prévus aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-32-1 et L. 322-5-2. Cet avis est réputé rendu au terme d'un délai de vingt et un jours à compter de la réception du texte. Il est transmis à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui en assure la transmission aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale simultanément à celle de la convention, l'avenant, l'accord-cadre ou l'accord interprofessionnel. »

Article 37

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

1° Dans le premier alinéa, après le mot : « couverture », sont insérés les mots : « d'actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ainsi que » ;

2° Après le 3°, sont insérés un 4° et un 5° ainsi rédigés :

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

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

3° Le dernier alinéa est complété par les mots : « , actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa ».

II. – Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14 du même code, après le mot : « consultation », sont insérés les mots : « , l'obstacle volontaire à la procédure d'accord préalable prévue à l'article L. 162-1-15 ».

III. – Après l'article L. 162-1-16 du même code, il est inséré un article L. 162-1-17 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-17. – Sur proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie, la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, après mise en œuvre d'une procédure contradictoire, peut décider de subordonner à l'accord préalable du service du contrôle médical de l'organisme local d'assurance maladie, pour une durée ne pouvant excéder six mois, la prise en charge par l'assurance maladie de prestations d'hospitalisation mentionnées au 1° de l'article L. 162-22-6 du présent code. Dans ce cas, les prestations d'hospitalisation non prises en charge par l'assurance maladie ne peuvent être facturées aux patients. La proposition du directeur de l'organisme local d'assurance maladie est motivée par le constat d'une proportion élevée de prestations d'hospitalisation avec hébergement qui auraient pu donner lieu à des prises en charge sans hébergement. La procédure contradictoire est mise en œuvre dans les mêmes conditions que celles prévues pour les pénalités applicables pour non-respect des objectifs quantifiés mentionnées à l'article L. 6114-2 du code de la santé publique.

« Toutefois, en cas d'urgence attestée par l'établissement, l'accord préalable du service du contrôle médical n'est pas requis pour la prise en charge des prestations d'hospitalisation susvisées. »

Article 38

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 322-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transport par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement. »

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

Article 39

I. – L'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé doit être obligatoirement remise par le professionnel de santé à son patient dès lors que ses honoraires dépassent un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, sauf si le professionnel prescrit un acte à réaliser lors d'une consultation ultérieure, auquel cas il est tenu de remettre à son patient l'information préalable susmentionnée, y compris si ses honoraires sont inférieurs au seuil fixé par l'arrêté précité. L'inobservation de cette obligation peut faire l'objet d'une sanction financière égale au dépassement facturé, mise en œuvre selon la procédure mentionnée à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

« Le professionnel de santé doit en outre afficher de façon visible et lisible dans sa salle d'attente ou à défaut dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture. Les infractions aux dispositions du présent alinéa sont recherchées et constatées dans les conditions prévues et par les agents mentionnés à l'article L. 4163-1. Les conditions d'application du présent alinéa et les sanctions sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

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

Article 40

Après le deuxième alinéa de l'article L. 4311-1 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'infirmière ou l'infirmier peut effectuer certaines vaccinations, sans prescription médicale, dont la liste, les modalités et les conditions de réalisation sont fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis du Haut conseil de la santé publique. »

Article 41

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

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

II. – Dans la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 161-38 du même code, après le mot : « internationale », sont insérés les mots : « , d'afficher les prix des produits au moment de la prescription et le montant total de la prescription ».

III. – Le c de l'article L. 716-10 du code de la propriété intellectuelle est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'infraction, prévue dans les conditions prévues au présent c, n'est pas constituée lorsqu'un logiciel d'aide à la prescription permet, si le prescripteur le décide, de prescrire en dénomination commune internationale, selon les règles de bonne pratique prévues à l'article L. 161-38 du code de la sécurité sociale. »

Article 42

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 43

I. – La section 2-2 du chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-12-21 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-12-21. – Les organismes locaux d'assurance maladie peuvent proposer aux médecins conventionnés et aux centres de santé adhérant à l'accord national mentionné à l'article L. 162-32-1 de leur ressort d'adhérer à un contrat conforme à un contrat type élaboré par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, après avis de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire et après avis des organisations syndicales signataires de la convention mentionnée à l'article L. 162-5 ou à l'article L. 162-32-1 pour ce qui les concerne.

« Ce contrat comporte des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

« Ce contrat détermine les contreparties financières, qui sont liées à l'atteinte des objectifs par le professionnel ou le centre de santé.

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

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

II. – L'article L. 162-5 du même code est complété par un 19^o ainsi rédigé :

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

III. – Après l'article L. 162-5-1 du même code, il est inséré un article L. 162-5-1-1 ainsi rédigé :

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

Article 44

I. – Des expérimentations peuvent être menées, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, portant sur de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé ou de financement des centres de santé prévus à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique et des maisons de santé mentionnées à l'article L. 6323-3 du même code, complétant le paiement à l'acte ou s'y substituant, sur le fondement d'une évaluation quantitative et qualitative de leur activité réalisée à partir des informations transmises par l'organisme local d'assurance maladie dont ils dépendent.

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

1^o Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-32-1 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux et par l'assurance maladie ;

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

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

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

Les expérimentations sont conduites par les missions régionales de santé mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale. A cet effet, les conventions qu'elles passent avec les professionnels de santé, les centres de santé et les maisons de santé volontaires sont signées par le directeur de la mission régionale de santé au nom des directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie. Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont définies par décret, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

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^o du D du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

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

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

II. – A titre expérimental, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, les missions régionales de santé volontaires prévues à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale fixent, par

dérogation à l'article L. 162-5 du même code, le montant et les modalités des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins. Elles financent également des actions et des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins, en particulier les maisons médicales de garde, les centres de santé, ainsi que, le cas échéant, des établissements de santé.

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

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

Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont déterminées par décret, après avis du Conseil national de l'ordre des médecins et des organisations syndicales représentatives des médecins.

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

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

2° Après le 4°, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement des centres de santé et des maisons de santé, complétant ou se substituant au paiement à l'acte pour tous les professionnels de santé volontaires, ainsi que les expérimentations relatives à la rémunération de la permanence des soins, selon des modalités définies par décret. »

IV. – Les deuxième et troisième alinéas de l'article L. 183-1-1 du même code sont ainsi rédigés :

« Les engagements de ces réseaux de professionnels peuvent porter sur l'évaluation et l'amélioration des pratiques des professionnels concernés, la maîtrise médicalisée des dépenses, la mise en œuvre de références médicales, la gestion du dossier médical et la mise en œuvre d'actions de prévention ou de dépistage. Des objectifs quantifiés peuvent être associés à ces engagements portant notamment sur le respect des recommandations, l'évaluation effective des pratiques des professionnels concernés, l'évolution de certaines dépenses ou la réalisation des actions de prévention ou de dépistage.

« Le contrat peut prévoir le montant des financements alloués à la structure en fonction du respect des objectifs ainsi que la méthode selon laquelle ils sont évalués. »

V. – Après le chapitre III du titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique, il est inséré un chapitre III *bis* ainsi rédigé :

« CHAPITRE III BIS

« Maisons de santé

« Art. L. 6323-3. – Les maisons de santé assurent des activités de soins sans hébergement et peuvent participer à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

« Les maisons de santé sont constituées entre des professionnels de santé. Elles peuvent associer des personnels médico-sociaux. »

VI. – A titre expérimental, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, les maisons de santé peuvent se substituer aux médecins qui exercent en leur sein en ce qui concerne les accords de bon usage des soins prévus à l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale, ainsi que pour adhérer aux contrats définis aux articles L. 162-12-18 à L. 162-12-20 du même code ou conclure un contrat prévu à l'article L. 162-12-21 dudit code.

Article 45

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

1° Les deux dernières phrases du premier alinéa sont remplacées par trois phrases ainsi rédigées :

« Les conventions mentionnées au I de l'article L. 162-14-1 fixent, pour les professionnels concernés, le montant de cette contribution forfaitaire en tenant compte notamment du volume de feuilles de soins papier ou autres documents papier servant à constater la délivrance aux assurés sociaux de soins, de produits ou de prestations remboursables et, le cas échéant, de l'ancienneté d'exercice des professionnels. Cette somme, assimilée pour son recouvrement à une cotisation de sécurité sociale, est versée à l'organisme qui fournit lesdits documents. A défaut de dispositions conventionnelles, le directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie mentionnée à l'article L. 182-2 fixe le montant de la contribution forfaitaire due. » ;

2° Le dernier alinéa est supprimé.

II. – Les parties conventionnelles disposent d'un délai de douze mois à compter de la publication de la présente loi pour prendre les dispositions prévues au I.

Article 46

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

1° L'article L. 162-12-2 est ainsi modifié :

a) Le 3° est complété par les mots : « , ainsi qu'à la zone d'exercice au sens du 2° de l'article L. 162-47 » ;

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

« 8° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et des dispositions du présent article applicables aux infirmiers en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation avec les organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes infirmiers. » ;

2° L'article L. 162-47 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

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

b) Les 2°, 3° et 4° deviennent respectivement les 3°, 4° et 5°, et il est rétabli un 2° ainsi rédigé :

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

II. – 1. Le 4° de l'article L. 312-5-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

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

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

Article 47

I. – Après le 6° de l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux. »

II. – Après le 8° de l'article L. 162-12-9 du même code, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

« 9° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux masseurs-kinésithérapeutes en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes masseurs-kinésithérapeutes. »

Article 48

I. – L'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est complété par un 20° ainsi rédigé :

« 20° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et du présent article applicables aux médecins en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zones au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants en médecine, des internes, des chefs de clinique et des médecins récemment diplômés ou installés avec l'Union nationale des caisses d'assurance maladie. »

II. – Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du même code, après les mots : « ou d'un exercice salarié », sont insérés les mots : « auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou ».

Article 49

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 50

Le premier alinéa de l'article L. 165-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « un devis détaillé comportant le prix de vente hors taxe de chaque appareil proposé et de chaque prestation d'adaptation associée » sont remplacés par les mots : « un devis normalisé comportant le prix de vente hors taxes de l'appareillage proposé, incluant la fourniture du produit et précisant les prestations indissociables d'adaptation » ;

2° Il est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Un décret d'application fixera, dans un délai de six mois, la présentation et les éléments obligatoires de ce devis normalisé. »

Article 51

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

1° Le début de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigé : « L'inobservation des règles du présent code et de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique par les professionnels de santé, les fournisseurs ou les autres prestataires de services, les établissements de santé... (*le reste sans changement*) » ;

2° Dans la première phrase du premier alinéa, après les mots : « prise en charge indus », sont insérés les mots : « , ou ayant exposé les assurés à des dépassements d'honoraires dépassant le tact et la mesure, » ;

3° Dans la quatrième phrase du premier alinéa, après les mots : « , du professionnel de santé », sont insérés les mots : « , du fournisseur ou autre prestataire de services, » ;

4° Dans la deuxième phrase du premier alinéa et dans l'avant-dernier alinéa, après les mots : « un professionnel de santé », sont insérés les mots : « , un fournisseur ou un autre prestataire de services ».

II. – Le premier alinéa de l'article L. 6313-1 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Est puni d'une amende de 8 000 € le fait : ».

Article 52

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« Le Gouvernement présente chaque année au Parlement un rapport précisant les conditions dans lesquelles les montants correspondant à la franchise instituée par le présent III ont été utilisés.

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

2° L'article L. 322-4 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

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

4° Dans le dernier alinéa de l'article L. 432-1, après la référence : « II », sont insérés les mots : « et du III » ;

5° Le premier alinéa de l'article L. 711-7 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il en est de même de la franchise annuelle mentionnée au III de l'article L. 322-2 et au dernier alinéa de l'article L. 432-1. »

II. – 1. Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

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

3° Le premier alinéa de l'article L. 871-1 est ainsi modifié :

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

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

2. Le code général des impôts est ainsi modifié :

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

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

3. Les 1 et 2 s'appliquent aux garanties nouvelles, reconduites ou en cours au 1^{er} janvier 2008. Toutefois, le a du 3° du 1 et le 2° du 2 ne s'appliquent pas aux garanties en cours au 1^{er} janvier 2008.

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

Article 53

L'article L. 5125-23 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un traitement est prescrit pour une durée d'au moins trois mois, y compris au moyen du renouvellement multiple d'un traitement mensuel, et qu'un grand conditionnement est disponible pour le médicament concerné ou pour sa forme générique, le pharmacien doit délivrer ledit conditionnement. »

Article 54

I. – L'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le 1°, après les mots : « sécurité sociale », sont insérés les mots : « prévue au I de l'article L. 322-2 » ;

2° Le même 1° est complété par les mots : « cette participation demeure toutefois à la charge des personnes mentionnées à l'article L. 861-1, dans les conditions prévues par le présent code, lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations prévues à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3 ; »

3° Au début du septième alinéa, sont insérés les mots : « Sauf lorsqu'elles se trouvent dans l'une des situations mentionnées à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 162-5-3, ».

II. – Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

Article 55

I. – L'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le dossier médical personnel est conservé pendant une durée de dix années à compter de sa clôture.

« En cas de décès du titulaire, les ayants droit peuvent solliciter l'accès au dossier conformément aux dispositions du dernier alinéa de l'article L. 1110-4 du code de la santé publique. L'accès à ce dossier peut également intervenir dans le cadre d'une expertise médicale diligentée aux fins d'administration de la preuve. »

II. – Après l'article L. 161-36-3 du même code, il est inséré un article L. 161-36-3-1 ainsi rédigé :

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

« Ce portail assure des fonctions d'information générale et un service de gestion permettant aux bénéficiaires de l'assurance maladie de gérer leur dossier médical personnel et les droits d'accès des professionnels de santé. Il assure le contrôle et la traçabilité des accès aux dossiers médicaux personnels. Il produit les données de suivi d'activité nécessaires à l'évaluation de ce service.

« Ces fonctions peuvent être mises à disposition d'autres organismes assurant des missions de partage et d'échange de données personnelles de santé dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé. »

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

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

2° Les mots : « de la présente section » sont remplacés par les mots : « des articles L. 161-36-1 à L. 161-36-3-1 » ;

3° Sont ajoutés les mots : « , les conditions dans lesquelles certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical personnel ou son représentant légal ainsi que les modalités selon lesquelles le professionnel de santé accédant au dossier médical personnel a connaissance de l'inscription au dossier d'informations rendues inaccessibles par son titulaire ou son représentant légal. »

IV. – Le second alinéa de l'article L. 161-36-4 du même code est ainsi rédigé :

« Il détermine également, pour le ou les hébergeurs mentionnés à l'article L. 161-36-1, les modalités de fixation de la tarification qui leur est applicable au regard des missions qui leur sont confiées pour la gestion des dossiers médicaux personnels, ainsi que celui ou ceux chargés d'assurer la conservation prévue à l'article L. 161-36-3. »

V. – Dans la première phrase de l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique, les mots : « personnes prises en charge » sont remplacés par les mots : « bénéficiaires de l'assurance maladie pris en charge ».

VI. – Dans le quatorzième alinéa de l'article 22-2 de la loi n° 89-462 du 6 juillet 1989 tendant à améliorer les rapports locatifs et portant modification de la loi n° 86-1290 du 23 décembre 1986, les mots : « , sauf en cas de demande de logement adapté ou spécifique » sont supprimés.

Article 56

L'article L. 161-36-4-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le mot : « pharmaceutique », la fin du premier alinéa est supprimée ;

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

« Les informations de ce dossier utiles à la coordination des soins sont reportées dans le dossier médical personnel dans les conditions prévues à l'article L. 161-36-2. » ;

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés et du Conseil national de l'ordre des pharmaciens, fixe les conditions d'application du présent article. »

Article 57

I. – Avant la sous-section 1 de la section 3 du chapitre II du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 172-1 A ainsi rédigé :

« Art. L. 172-1 A. – Lorsque le versement des prestations en nature ou en espèces des assurances maladie et maternité est subordonné, par les dispositions du présent code ou celles du code rural, à des conditions d'affiliation, d'immatriculation, de cotisation ou de durée du travail préalables, les organismes de sécurité sociale tiennent compte, pour la mise en œuvre de ces dispositions, de l'ensemble des périodes d'affiliation, d'immatriculation, de cotisations versées ou de travail effectuées, même lorsqu'elles relèvent d'un autre régime de sécurité sociale régi par le présent code ou le code rural.

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

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

III. – L'article L. 732-12 du code rural est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

V. – Le deuxième alinéa des articles L. 613-19 et L. 722-8 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les femmes dont il est reconnu que la grossesse pathologique est liée à l'exposition *in utero* au diéthylstilbestrol bénéficient de l'indemnité journalière forfaitaire à compter du premier jour de leur arrêt de travail dans les conditions prévues par l'article 32 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. »

VI. – Le 4° de l'article L. 322-3 du même code est ainsi rédigé :

« 4° Lorsque les deux conditions suivantes sont cumulativement remplies :

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

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

Article 58

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 59

I. – L'article L. 5125-3 du code de la santé publique est ainsi modifié :

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

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

2° A la fin du second alinéa, le mot : « satisfaisant » est remplacé par les mots : « ou d'urgence mentionné à l'article L. 5125-22 ».

II. – Le deuxième alinéa de l'article L. 5125-4 du même code est ainsi rédigé :

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

III. – L'article L. 5125-5 du même code est ainsi modifié :

1° A la fin de la première phrase du premier alinéa, les mots : « et aux demandes de création » sont supprimés ;

2° La seconde phrase du premier alinéa est supprimée.

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

V. – L'article L. 5125-7 du même code est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du troisième alinéa est complétée par les mots : « et aux sociétés de participations financières de professions libérales » ;

2° Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

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

VI. – L'article L. 5125-8 du même code est abrogé.

VII. – Dans l'article L. 5521-2 du même code, la référence : « L. 5125-8, » est supprimée.

VIII. – L'article L. 5125-10 du même code est complété par les mots : « , publiés au *Journal officiel* ».

IX. – L'article L. 5125-11 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 5125-11.* – L'ouverture d'une officine dans une commune qui en est dépourvue peut être autorisée par voie de transfert lorsque le nombre d'habitants recensés dans la commune est au moins égal à 2 500.

« L'ouverture d'une nouvelle officine dans une commune de plus de 2 500 habitants où au moins une licence a déjà été accordée peut être autorisée par voie de transfert à raison d'une autorisation par tranche entière supplémentaire de 3 500 habitants recensés dans la commune.

« Lorsque la dernière officine présente dans une commune de moins de 2 500 habitants a cessé définitivement son activité et qu'elle desservait jusqu'alors une population au moins égale à 2 500 habitants, une nouvelle licence peut être délivrée pour l'installation d'une officine par voie de transfert dans cette commune.

« Dans les communes qui sont dépourvues d'officine ou dans les zones franches urbaines, les zones urbaines sensibles et les zones de redynamisation urbaine mentionnées dans la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville ainsi que dans les zones de revitalisation rurale définies par l'article 1465 A du code général des impôts, l'ouverture d'une officine peut être autorisée par voie de création si les conditions prévues au premier, deuxième ou troisième alinéa sont remplies depuis au moins deux ans à compter de la publication d'un recensement mentionné à l'article L. 5125-10 et si aucune décision autorisant cette ouverture par voie de transfert ou regroupement n'a été prise dans ce délai. »

X. – L'article L. 5125-12 du même code est abrogé.

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

XII. – L'article L. 5125-14 du même code est ainsi modifié :

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

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

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

« 1° Que la commune d'origine comporte :

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

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

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

XIII. – L'article L. 5125-15 du même code est ainsi modifié :

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

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

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« A la suite d'un regroupement dans la même commune ou dans des communes limitrophes, les licences libérées doivent être prises en compte au sein de la commune où s'effectue le regroupement pour appliquer les conditions prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 5125-11. Le représentant de l'Etat dans le département peut, après avis des syndicats représentatifs de la profession et du conseil compétent de l'ordre des pharmaciens, mettre fin à cette prise en compte à l'issue d'un délai de cinq ans à compter de la délivrance de l'autorisation de regroupement si les conditions prévues par le premier alinéa de l'article L. 5125-3 ne sont plus remplies. »

XIV. – La dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 5511-5 du même code est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :

« La cessation définitive d'activité de l'officine entraîne la caducité de la licence, qui doit être remise au représentant de l'Etat par son dernier titulaire ou par ses héritiers. Lorsqu'elle n'est pas déclarée, la cessation d'activité est réputée définitive au terme d'une durée de douze mois. Le représentant de l'Etat constate cette cessation définitive d'activité par arrêté. »

XV. – Toute demande de création, de transfert ou de regroupement, accompagnée d'un dossier complet reçu par le représentant de l'Etat dans le département au 23 novembre 2007, peut être acceptée si les critères prévus par la loi en vigueur à cette date le permettent sur la base d'un recensement de la population réalisé en 2007. L'autorisation délivrée dans ce cas est subordonnée à la validation, par sa publication au *Journal officiel*, dudit recensement avant le 31 mars 2008.

Par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 5125-11 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent article, jusqu'au 1^{er} janvier 2010, à l'exclusion de celles prévues au premier alinéa du présent XV, aucune ouverture d'officine par voie de création ne peut être autorisée dans les communes dépourvues d'officine ou dans les zones franches urbaines, les zones urbaines sensibles et les zones de redynamisation urbaine mentionnées dans la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville ainsi que dans les zones de revitalisation rurale définies par l'article 1465 A du code général des impôts.

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

1° Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 4211-3, les mots : « ou dans une commune qui n'est pas desservie par une pharmacie dans les conditions prévues à l'article L. 5125-12 » sont supprimés ;

2° Le 2° de l'article L. 5125-32 est supprimé ;

3° Dans le 2° de l'article L. 5511-1, la référence : « L. 5125-12 » est remplacée par la référence : « L. 5125-13 », et les mots : « des 1° et 2° » sont remplacés par les mots : « du 1° ».

Article 60

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 complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

2° Le dernier alinéa du IV est supprimé.

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

Article 61

L'article L. 161-45 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 2° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette dotation est composée de deux parts, l'une au titre de la procédure prévue par les articles L. 6113-3, L. 6113-4 et L. 6322-1 du code de la santé publique, l'autre au titre de la contribution de l'assurance maladie au fonctionnement de la Haute Autorité de santé. » ;

2° Le 7° est abrogé et le dernier alinéa est supprimé.

Article 62

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

1° La première phrase du I est ainsi rédigée :

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

2° Dans le II, le mot et l'année : « En 2005 » sont remplacés par les mots : « Jusqu'au 31 décembre 2008 » ;

3° Le V est ainsi rédigé :

« V. – Pour les années 2008 à 2012, dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, la présente loi s'applique sous réserve des dispositions suivantes :

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

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

« A compter du 1^{er} mars 2008, la valeur du coefficient converge vers la valeur 1, dans le respect des modalités fixées au C.

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

« L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à 1 peut excéder le taux moyen régional de convergence dans les conditions prévues au deuxième alinéa du IV du présent article.

« La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et prend effet à la date d'entrée en vigueur des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. Le coefficient doit atteindre la valeur 1 au plus tard en 2012.

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

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

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

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

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

4° Le VI est ainsi modifié :

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

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

5° La dernière phrase du VII est remplacée par deux phrases ainsi rédigées :

« Ce processus de convergence est orienté vers les tarifs des établissements mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code. Un bilan des travaux sur la mesure de ces écarts est transmis au Parlement avant le 15 octobre 2008. » ;

6° Le VII est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« A compter du 1^{er} janvier 2008 et afin de faciliter le processus de convergence, les tarifs des prestations nouvellement créées sont identiques pour les établissements mentionnés aux a, b, c et d de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale dans la limite des écarts mentionnés à l'alinéa précédent. »

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

III. – Au 1^{er} janvier 2008, à titre exceptionnel, les tarifs des prestations d'hospitalisation sont modifiés de sorte que le montant des dépenses d'assurance maladie générées par la prise en charge des prestations d'hospitalisation et des consultations et actes externes selon les modalités définies au A du V de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), dans la rédaction issue de la présente loi, soit égal au montant des dépenses générées en application des modalités de prise en charge définies au A du V du même article dans sa rédaction antérieure à la présente loi. Ces tarifs prennent effet au 1^{er} janvier et s'appliquent jusqu'au 29 février 2008.

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

IV. – Dans la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, après les mots : « à l'article L. 6112-1 du code de la santé publique » sont insérés les mots : « à l'exception des formations prises en charge par la région en application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code ».

V. – Dans le premier alinéa de l'article L. 162-22-15 du même code, les mots : « par douzième » sont remplacés par les mots : « , dans les conditions fixées par voie réglementaire, ».

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

VII. – Dans le XVIII de l'article 1^{er} du titre I^{er} de l'ordonnance n° 2005-1112 du 1^{er} septembre 2005 portant diverses dispositions relatives aux établissements de santé et à certains personnels de la fonction publique hospitalière, les mots : « et au D du V » sont supprimés.

VIII. – Par dérogation au C du V de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), dans sa rédaction issue de la présente loi, la valeur du coefficient de transition de l'Assistance publique - hôpitaux de Paris converge chaque année vers un à due concurrence du taux moyen régional de convergence fixé en application des dispositions du premier alinéa dudit C. Le coefficient ainsi calculé est notifié à l'établissement par le conseil de tutelle mentionné à l'article L. 6147-1 du code de la santé publique.

IX. – Après le quatrième alinéa du I de l'article 49 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« – des entreprises liées à l'établissement de santé employeur en vertu soit d'un contrat soumis au code des marchés publics, soit d'un contrat soumis à l'ordonnance n° 2004-559 du 17 juin 2004 sur les contrats de partenariat ou d'un contrat régi par l'article L. 6148-2 du code de la santé publique, soit d'un contrat de délégation de service public ; ».

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

« Art. L. 6143-3. – I. – Lorsqu'un établissement public de santé présente une situation de déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation demande au conseil d'administration de présenter un plan de redressement. Les modalités de retour à l'équilibre prévues par ce plan donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1.

« A défaut d'adoption par le conseil d'administration d'un plan de redressement adapté à la situation ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation prend les mesures appropriées en application de l'article L. 6145-1 et des II et III de l'article L. 6145-4.

« II. – Si la dégradation financière répond à des critères définis par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation saisit la chambre régionale des comptes. Dans le délai de deux mois suivant sa saisine,

celle-ci évalue la situation financière de l'établissement et propose, le cas échéant, des mesures de redressement. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation met en demeure l'établissement de prendre les mesures de redressement appropriées. »

XI. – La première phrase du premier alinéa de l'article L. 6143-3-1 du même code est ainsi rédigée :

« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation, par décision motivée et pour une durée n'excédant pas douze mois, place l'établissement sous l'administration provisoire de conseillers généraux des établissements de santé désignés dans les conditions prévues à l'article L. 6141-7-2 lorsque la mise en demeure prévue au II de l'article L. 6143-3 est restée sans effet pendant plus de deux mois ou lorsque le plan de redressement adopté n'a pas permis de redresser la situation financière de l'établissement. »

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

1° Dans le premier alinéa, les mots : « déséquilibre financier significatif et prolongé » sont remplacés par les mots : « déséquilibre financier répondant à des critères définis par décret » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Les modalités de retour à l'équilibre financier donnent lieu à la signature d'un avenant au contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1. » ;

3° Dans le troisième alinéa, après les mots : « S'il n'est pas satisfait à l'injonction », sont insérés les mots : « ou en cas de refus de l'établissement de signer l'avenant susmentionné ».

Article 63

Le premier alinéa du I de l'article 77 de la loi n° 2006-1640 du 21 décembre 2006 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Un rapport sera remis au Parlement au plus tard le 15 octobre 2009 sur l'avancement de cette expérimentation. »

Article 64

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

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

Dans un délai de trois mois suivant la publication de la présente loi, les missions régionales de santé fixent la liste des établissements de santé devant entrer dans le champ de cette expérimentation.

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

Article 65

I. – Après l'article L. 162-5-15 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-16 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-16.* – A défaut d'identification par le numéro personnel mentionné à l'article L. 162-5-15 des prescriptions dont l'exécution est assurée par des professionnels de santé exerçant en ville, les dépenses y afférentes constatées par les organismes de sécurité sociale sont imputées sur leurs versements à l'établissement de santé ou au centre de santé dans lequel exerce le médecin ayant effectué la prescription. »

II. – Le I entre en vigueur le 1^{er} janvier 2009.

III. – Dans l'intitulé de la section 11 du chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, les mots : « mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ».

Article 66

L'article L. 6122-15 du code de la santé publique est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

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

Article 67

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 68

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 69

I. – Le chapitre X du titre IV du livre I^{er} du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

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

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

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

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

« Ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement immobilier portant sur la création de places, 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, ainsi que des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

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

« Ils peuvent également être utilisés au financement d'actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des personnes âgées qui n'ont pas conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12 ou ont opté pour la dérogation à l'obligation de passer cette convention en application des dispositions du premier alinéa du I *bis* de cet article.

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

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

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

« A compter du 1^{er} janvier 2008, les établissements mentionnés à l'alinéa précédent perçoivent, jusqu'à la date de prise d'effet de la convention pluriannuelle mentionnée à l'alinéa précédent :

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

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

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

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

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

IV. – Après les mots : « troisième alinéa, », la fin du quatrième alinéa du I *bis* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigée : « le cas échéant, les modalités de prise en compte et de maintien des financements de l'assurance maladie sont fixées par décret. »

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

VI. – 1. Après les mots : « du présent code », la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « et au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. »

2. L'article 23 de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant, dans l'attente du vote de la loi instituant une prestation d'autonomie pour les personnes âgées dépendantes, à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance est abrogé.

VII. – Après le I *bis* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un I *ter* ainsi rédigé :

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

« Les établissements relevant de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation qui, d'une part, ne bénéficient pas au 31 décembre 2007 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et, d'autre part, accueillent un nombre de personnes âgées dans une proportion inférieure au seuil mentionné au I conservent, au-delà du 31 décembre 2007, dans la limite du financement des dépenses relatives à la rémunération des personnels de soins salariés par les établissements et aux charges sociales et fiscales y afférentes, le montant des forfaits de soins attribués par l'autorité compétente de l'Etat au titre de l'exercice 2007. Ces forfaits sont revalorisés annuellement dans la limite du taux de reconduction des moyens retenu au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie applicable aux établissements mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles. Les résidents hébergés dans ces établissements bénéficient, le cas échéant, de l'allocation personnalisée d'autonomie selon les modalités prévues aux articles L. 232-3 à L. 232-7. »

VIII. – Le II de l'article L. 314-3 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

2° Le second alinéa est ainsi modifié :

a) Dans la deuxième phrase, après le mot : « régions », sont insérés les mots : « et l'objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services relevant de mêmes catégories » ;

b) Il est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Dans ce cadre, le ministre chargé de la sécurité sociale peut fixer, par arrêtés annuels, les tarifs plafonds ou les règles de calcul desdits tarifs plafonds pour les différentes catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux. »

IX. – Dans le 4° de l'article L. 313-4 du même code, après les mots : « aux articles », est insérée la référence : « L. 312-5-2, ».

Article 70

I. – Dans la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 129-1 du code du travail, après le mot : « familles », sont insérés les mots : « et les groupements de coopération mentionnés au 3° de l'article L. 312-7 du même code ».

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

1° Dans le b du 3° de l'article L. 312-7, après les mots : « Etre autorisé », sont insérés les mots : « ou agréé au titre de l'article L. 129-1 du code du travail », et, après les mots : « l'exploitation de l'autorisation », sont insérés les mots : « ou de l'agrément au titre de l'article L. 129-1 précité » ;

2° Le douzième alinéa du même article est ainsi rédigé :

« Les établissements de santé publics et privés et, dans les conditions prévues par le présent article, les organismes agréés au titre de l'article L. 129-1 du code du travail peuvent adhérer à l'une des formules de coopération mentionnées au présent article. »

Article 71

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

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

III. – L'article L. 2311-3 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« En outre, il est autorisé à pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2, dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10. »

IV. – Le premier alinéa de l'article L. 6323-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code. »

Article 72

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

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

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

Article 73

Le deuxième alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Sauf pour les campagnes vaccinales institutionnelles, les campagnes publicitaires auprès du public pour des vaccins obligatoires ou recommandés, sous la forme de messages télévisuels ou radiodiffusés, ne sont autorisées que si elles sont assorties, de façon clairement identifiée, des mentions minimales obligatoires que le Haut Conseil de la santé publique détermine en prenant en compte les caractéristiques de tels messages publicitaires audiovisuels. »

Article 74

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

Article 75

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

1^o Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 179,5 milliards d'euros ;

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

Article 76

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

(En milliards d'euros)

OBJECTIFS de dépenses	
Dépenses de soins de ville	70,6
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	48,9

OBJECTIFS de dépenses	
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	5,4
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	7,4
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge	0,9
Total	152,0

Article 77

Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionné à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 50 millions d'euros au titre de l'année 2008.

Article 78

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

Article 79

Le II de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique est ainsi modifié :

1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonds pour l'emploi hospitalier contribue au financement, au bénéfice des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, des heures supplémentaires effectuées avant le 31 décembre 2007 et non récupérées ou non payées en raison de la réalisation progressive des recrutements prévus à l'alinéa précédent. »

2° Dans la première phrase du dernier alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième ».

Article 80

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 81

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 82

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 83

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 84

I. – Dans la première phrase du dernier alinéa de l'article L. 351-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « de l'article L. 351-1-1, » sont remplacés par les mots : « des articles L. 351-1-1 ou L. 634-3-2, du II des articles L. 643-3 ou L. 723-10-1 du présent code, de l'article L. 732-18-1 du code rural ou de l'article L. 25 bis du code des pensions civiles et militaires de retraite, ».

II. – Le II de l'article 114 de la loi n° 2006-1640 de financement de la sécurité sociale pour 2007 est complété par les mots : « , à l'article L. 732-27-1 du code rural et à l'article L. 9 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite ».

Article 85

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

- 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 179,7 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de sécurité sociale, à 94,3 milliards d'euros.

Section 3

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

Article 86

L'avant-dernier alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le montant de la rente afférente au dernier accident ne peut dépasser le montant du salaire servant de base au calcul de la rente. »

Article 87

L'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 (n° 2001-1246 du 21 décembre 2001) est ainsi modifié :

- 1° Dans le II et le premier alinéa du III, le mot : « accidents » est remplacé par le mot : « décès » ;
- 2° Dans le troisième alinéa du III, les mots : « de l'accident » sont remplacés par les mots : « du décès ».

Article 88

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 89

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

II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 315 millions d'euros au titre de l'année 2008.

Article 90

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 91

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

Article 92

Pour l'année 2008, les objectifs de dépenses de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles sont fixés :

- 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 11,8 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 10,5 milliards d'euros.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Article 93

L'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

Article 94

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

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

2° Après le premier alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la personne remplit les conditions d'âge permettant l'ouverture du droit à l'allocation prévue à l'article L. 541-1 du code de la sécurité sociale, l'accès à la prestation de compensation se fait dans les conditions prévues au III du présent article. » ;

3° Le III est ainsi rédigé :

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

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

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

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

III. – Après le 8° de l'article L. 544-9 du même code, il est inséré un 9° ainsi rédigé :

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

IV. – Le b du I de l'article L. 241-10 du même code est complété par les mots : « ou à la prestation de compensation dans les conditions définies au 1° du III de l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ».

V. – Dans le 2° de l'article L. 333-3 du même code, les mots : « lorsque celui-ci est accordé en contrepartie d'une cessation d'activité » sont remplacés par les mots : « ou l'élément de la prestation de compensation prévu au 1° de l'article L. 245-3 du code de l'action sociale et des familles, lorsque ceux-ci sont accordés en contrepartie d'une cessation d'activité ».

VI. – Dans l'article L. 351-4-1 du même code, après les mots : « et à son complément », sont insérés les mots : « ou, en lieu et place de ce dernier, de la prestation de compensation prévue par l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ».

VII. – Le présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2008.

Article 95

I. – Le premier alinéa de l'article L. 512-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

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

III. – L'article L. 512-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

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

« Lorsque des prestations familiales ou des avantages familiaux sont versés, en application des traités, conventions et accords internationaux auxquels la France est partie ou en application d'une législation étrangère

de sécurité sociale, à une famille résidant en France et que leurs montants sont inférieurs à celui des prestations familiales du régime français de sécurité sociale, seules des allocations différentielles peuvent être éventuellement versées. Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »

Article 96

L'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ces dispositions sont également applicables aux contestations d'ordre médical relatives à l'état de santé de l'enfant pour l'ouverture du droit à l'allocation journalière de présence parentale prévue aux articles L. 544-1 à L. 544-9. »

Article 97

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 98

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

- 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 56,8 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de sécurité sociale, à 56,4 milliards d'euros.

Section 5

Dispositions relatives à l'information et au contrôle du Parlement

Article 99

Dans la première phrase de l'article L. 135-5 du code des juridictions financières, après les mots : « aux commissions des finances », sont insérés les mots : « et, dans leur domaine de compétence, aux commissions chargées des affaires sociales ».

Section 6

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 100

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

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

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

« 2° *bis* De déterminer, pour la conclusion de la convention mentionnée à l'article L. 224-5-5, les orientations pluriannuelles relatives aux missions de l'union ainsi que l'ensemble des moyens nécessaires à la réalisation de ces orientations ; ».

III. – Après l'article L. 224-5-4 du même code, sont insérés deux articles L. 224-5-5 et L. 224-5-6 ainsi rédigés :

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

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

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

« La convention, conclue pour une durée minimale de quatre ans, et, le cas échéant, les avenants qui la modifient sont transmis aux commissions parlementaires mentionnées à l'article LO 111-9.

« Art. L. 224-5-6. – Les caisses nationales du régime général et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale concluent chacune avec l'Union des caisses nationales de sécurité sociale une convention précisant leurs objectifs et leurs engagements réciproques pour la réalisation des missions de l'union. Cette convention est

signée par le directeur général ou le directeur de chaque caisse nationale et de l'agence centrale et, pour l'union, par le président du comité exécutif et le directeur. Elle est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale. »

IV. – Dans la troisième phrase du premier alinéa de l'article L. 153-1 du même code, les mots : « à l'Union des caisses nationales de sécurité sociale, » sont supprimés.

V. – L'article L. 224-10 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « , de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ainsi que du conseil d'orientation et du comité exécutif des directeurs de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale » ;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « ou des conseils d'administration » sont remplacés par les mots : « , des conseils d'administration, du conseil d'orientation ou du comité exécutif des directeurs », et les mots : « et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « , de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale ».

Article 101

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

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

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

« Art. L. 224-12. – Les caisses nationales, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale peuvent passer, pour leur propre compte et celui des organismes locaux, des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par les caisses nationales, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou par les organismes locaux. »

III. – Le c du 2° de l'article L. 723-11 du code rural est ainsi rédigé :

« c) En assurant la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 et en passant, pour son propre compte et celui desdits organismes, des marchés ou des accords-cadres. Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par la caisse centrale ou les organismes de mutualité sociale agricole. »

IV. – Après le premier alinéa de l'article L. 124-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du premier alinéa sont également applicables aux groupements d'intérêt public et aux groupements d'intérêt économique financés majoritairement par un ou plusieurs organismes mentionnés au premier alinéa, ou par un ou plusieurs organismes nationaux cités à l'article L. 200-2. »

V. – L'article L. 153-3 du même code est ainsi modifié :

1° Dans l'avant-dernier alinéa, les mots : « budgets de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale, de la prévention ou du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « budgets de gestion, d'action sanitaire et sociale ou de prévention » ;

2° Dans le dernier alinéa, les mots : « budgets de la gestion administrative, de l'action sanitaire et sociale, de la prévention et du contrôle médical » sont remplacés par les mots : « budgets de gestion, d'action sanitaire et sociale ou de prévention ».

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

Article 102

I. – Après l'article L. 723-4 du code rural, il est inséré un article L. 723-4-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 723-4-1. – Le conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole peut décider, sur proposition de l'assemblée générale centrale, la fusion de deux ou plusieurs caisses de mutualité sociale agricole. La date d'effet est fixée au 1^{er} janvier de l'année civile du terme du mandat des membres des conseils d'administration des caisses appelées à fusionner ou au premier jour du mois civil suivant le terme de ce mandat.

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

II. – L'article L. 723-11 du même code est complété par un 10° ainsi rédigé :

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

III. – L'article L. 723-13 du même code est ainsi rédigé :

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

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

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

Section 7

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 103

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

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

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

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

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

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

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

Article 104

Après le premier alinéa de l'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« L'organisme local d'assurance maladie informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en œuvre de la procédure visée au présent article. »

Article 105

L'article L. 114-9 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les organismes nationaux sont avisés par l'organisme de sécurité sociale de cette fraude et de la suite donnée. A défaut de plainte avec constitution de partie civile de l'organisme lésé, les organismes nationaux peuvent agir, en son nom et pour son compte, à l'expiration d'un délai d'un mois après une mise en demeure de ce dernier restée infructueuse. Les organismes nationaux peuvent aussi déposer plainte avec constitution de partie civile au nom et pour le compte d'un ou plusieurs organismes de sécurité sociale qui les mandatent à cette fin. »

Article 106

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

II. – L'article L. 583-3 du même code est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 107

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

1° Le quatrième alinéa est complété par les mots : « et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement » ;

2° Dans le septième alinéa, après les mots : « trois ans », sont insérés les mots : « , sauf en cas de fraude, ».

Article 108

Après l'article L. 243-7-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-7-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 243-7-2. – Ne peuvent être opposés aux organismes mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 les actes ayant pour objet d'éviter, en totalité ou en partie, le paiement des cotisations et contributions sociales.

« Les organismes mentionnés au premier alinéa sont en droit de restituer son véritable caractère à l'opération litigieuse. En cas de désaccord sur les rectifications notifiées sur le fondement du présent article, le litige est soumis, à la demande du cotisant ou de l'organisme chargé du recouvrement, à l'avis du comité consultatif pour la répression des abus de droit. Les avis rendus par le comité feront l'objet d'un rapport annuel.

« Si l'organisme ne s'est pas conformé à l'avis du comité, il doit apporter la preuve du bien-fondé de sa rectification. »

Article 109

I. – Après l'article L. 224-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 224-14 ainsi rédigé :

« Art. L. 224-14. – Les caisses nationales mentionnées aux articles L. 221-2, L. 222-4 et L. 223-2 mettent en œuvre ou coordonnent des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elles peuvent à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations.

« Elles peuvent requérir la participation de leurs organismes régionaux et locaux à ces actions. »

II. – Après le 11° de l'article L. 611-4 du même code, il est inséré un 12° ainsi rédigé :

« 12° De mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses de base à ces actions. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations. »

III. – L'article L. 723-11 du code rural est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11° De mettre en œuvre ou de coordonner des actions de contrôle sur le service des prestations afin de détecter les fraudes et les comportements abusifs. Elle peut requérir la participation des caisses mentionnées à l'article L. 723-2. Elle peut à ce titre utiliser des traitements automatisés des données relatives au service des prestations. »

Article 110

I. – La fraude aux allocations mentionnées aux articles L. 542-1 et L. 831-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation, notamment la fausse déclaration délibérée ayant abouti au versement de prestations indues, lorsqu'elle est constatée pour un montant supérieur à deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale, est sanctionnée par la suppression du service de ces allocations selon la procédure définie à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. La durée de la sanction est fixée en fonction de la gravité des faits, dans la limite d'une année à compter de la décision administrative de suppression. Le directeur de l'organisme de sécurité sociale concerné prend notamment en compte le montant de la fraude, sa durée, la récidive éventuelle et la composition du foyer.

Cette suppression ne peut être prononcée lorsque la personne concernée a pour les mêmes faits déjà été définitivement condamnée par le juge pénal ou a bénéficié d'une décision définitive de non-lieu ou de relaxe déclarant que la réalité de l'infraction n'est pas établie ou que cette infraction ne lui est pas imputable. Si une telle décision de non-lieu ou de relaxe intervient postérieurement au prononcé de la suppression du service des allocations, celles-ci font l'objet d'un versement rétroactif au bénéficiaire. Si, à la suite du prononcé d'une suppression des allocations, une amende pénale est infligée pour les mêmes faits, le montant des allocations supprimées s'impute sur celle-ci.

Le présent I s'applique jusqu'au 31 décembre 2009. Le ministre chargé de la sécurité sociale transmet au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport d'évaluation de cette mesure, assorti des observations des organismes ayant participé à l'expérimentation.

II. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Le présent article s'applique à la couverture complémentaire prévue à l'article L. 861-1. La pénalité est prononcée et notifiée par l'autorité administrative ou par délégation de pouvoir par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie. »

Article 111

Le 2° de l'article L. 114-12-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et les centres communaux et intercommunaux d'action sociale mentionnés aux articles L. 123-4 à L. 123-9 du code de l'action sociale et des familles ».

Article 112

I. – Après l'article L. 242-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 242-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 242-1-2.* – Pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale et par dérogation à l'article L. 242-1, les rémunérations qui ont été versées ou qui sont dues à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé au sens de l'article L. 324-10 du code du travail sont, à défaut de preuve contraire, évaluées forfaitairement à six fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 141-11 du même code en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé. Ces rémunérations sont soumises à l'article L. 242-1-1 du présent code et sont réputées avoir été versées au cours du mois où le délit de travail dissimulé est constaté.

« Sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis, les organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du présent code procèdent au recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues au titre des rémunérations évaluées conformément à l'alinéa précédent.

« Les modalités de prise en compte, au titre de l'assurance vieillesse, de la rémunération forfaitaire prévue au premier alinéa ainsi que la procédure décrite au deuxième alinéa, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

II. – Après l'article L. 741-10-1 du code rural, il est inséré un article L. 741-10-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 741-10-2.* – Pour le calcul des cotisations et contributions de sécurité sociale et par dérogation à l'article L. 741-10, les rémunérations qui ont été versées ou qui sont dues à un salarié en contrepartie d'un travail dissimulé au sens de l'article L. 324-10 du code du travail sont, à défaut de preuve contraire, évaluées forfaitairement à six fois la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 141-11 du même code en vigueur au moment du constat du délit de travail dissimulé. Ces rémunérations sont soumises à l'article L. 741-10-1 du présent code et sont réputées avoir été versées au cours du mois où le délit de travail dissimulé est constaté.

« Sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis, les organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 723-3 du présent code procèdent au recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues au titre des rémunérations évaluées conformément à l'alinéa précédent.

« Les modalités de prise en compte, au titre de l'assurance vieillesse, de la rémunération forfaitaire prévue au premier alinéa ainsi que la procédure décrite au deuxième alinéa, en particulier la manière dont est assuré le respect du principe du contradictoire, sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

III. – Après l'article L. 324-12 du code du travail, il est inséré un article L. 324-12-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 324-12-1.* – Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 324-12 communiquent leurs procès-verbaux de travail dissimulé aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-3 du code rural, qui procèdent à la mise en recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues sur la base des informations contenues dans lesdits procès-verbaux. »

IV. – Après l'article L. 8271-8 du code du travail issu de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative), il est inséré un article L. 8271-8-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 8271-8-1.* – Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-7 communiquent leurs procès-verbaux de travail dissimulé aux organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-3 du code rural, qui procèdent à la mise en recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues sur la base des informations contenues dans lesdits procès-verbaux. »

V. – Le IV entre en vigueur en même temps que l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative).

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

1° Dans le premier alinéa, les mots : « acquittées auprès des » sont remplacés par les mots : « dues aux » ;

2° Le deuxième alinéa est complété par les mots : « et pratiquées au cours d'un mois civil, lorsque les rémunérations versées ou dues à un ou des salariés dissimulés au cours de ce mois sont au moins égales à la rémunération mensuelle minimale définie à l'article L. 141-11 du même code » ;

3° Le dernier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Lorsque les rémunérations dissimulées au cours du mois sont inférieures à la rémunération mensuelle minimale mentionnée au deuxième alinéa, l'annulation est réduite à due proportion en appliquant aux réductions ou exonérations de cotisations ou contributions pratiquées un coefficient égal au rapport entre les rémunérations dues ou versées en contrepartie du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale.

« Cette annulation est plafonnée à un montant fixé par décret. »

Article 113

Dans le premier alinéa de l'article L. 114-15 du code de la sécurité sociale, les mots : « a, de manière intentionnelle, accepté de travailler » sont remplacés par les mots : « a travaillé ».

Article 114

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007.]

Article 115

Le chapitre IV *ter* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par trois articles L. 114-19 à L. 114-21 ainsi rédigés :

« Art. L. 114-19. – Le droit de communication permet d’obtenir, sans que s’y oppose le secret professionnel, les documents et informations nécessaires :

« 1° Aux agents des organismes de sécurité sociale pour contrôler la sincérité et l’exactitude des déclarations souscrites ou l’authenticité des pièces produites en vue de l’attribution et du paiement des prestations servies par lesdits organismes ;

« 2° Aux agents chargés du contrôle mentionnés aux articles L. 243-7 du présent code et L. 724-7 du code rural pour accomplir leurs missions de contrôle définies aux mêmes articles et leur mission de lutte contre le travail dissimulé définie à l’article L. 324-12 du code du travail.

« Le droit prévu au premier alinéa s’exerce quel que soit le support utilisé pour la conservation des documents et peut s’accompagner de la prise immédiate d’extraits et de copies.

« Art. L. 114-20. – Sans préjudice des autres dispositions législatives applicables en matière d’échanges d’informations, le droit de communication défini à l’article L. 114-19 est exercé dans les conditions prévues et auprès des personnes mentionnées à la section 1 du chapitre II du titre II du livre des procédures fiscales à l’exception des personnes mentionnées aux articles L. 82 C, L. 83 A, L. 83 B, L. 84, L. 84 A, L. 91, L. 95 et L. 96 B à L. 96 F.

« Art. L. 114-21. – L’organisme ayant usé du droit de communication en application de l’article L. 114-19 est tenu d’informer la personne physique ou morale à l’encontre de laquelle est prise la décision de supprimer le service d’une prestation ou de mettre des sommes en recouvrement, de la teneur et de l’origine des informations et documents obtenus auprès de tiers sur lesquels il s’est fondé pour prendre cette décision. Il communique, avant la mise en recouvrement ou la suppression du service de la prestation, une copie des documents susmentionnés à la personne qui en fait la demande. »

Article 116

I. – L’article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le I est complété par les mots : « ainsi que des prestations prises en charge en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l’action sociale et des familles » ;

2° Dans le III, après les mots : « bénéficiaires de l’assurance maladie », sont insérés les mots : « , de l’aide médicale de l’Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l’article L. 254-1 du code de l’action sociale et des familles, » ;

3° Le III *bis* est complété par les mots : « ou à prise en charge par l’Etat en application des articles L. 251-2 ou L. 254-1 du code de l’action sociale et des familles » ;

4° Dans le premier alinéa du IV, après les mots : « bénéficiaires de l’assurance maladie, », sont insérés les mots : « de l’aide médicale de l’Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l’article L. 254-1 du code de l’action sociale et des familles, ».

II. – L’article L. 315-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le cinquième alinéa est complété par les mots : « ou de l’Etat en ce qui concerne les prestations servies en application des articles L. 251-2 et L. 254-1 du code de l’action sociale et des familles » ;

2° Dans le sixième alinéa, les mots : « l’admission au remboursement » sont remplacés par les mots : « la prise en charge » ;

3° Dans la première phrase de l’avant-dernier alinéa, après les mots : « l’assuré », sont insérés les mots : « ou le bénéficiaire de l’aide médicale de l’Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l’article L. 254-1 du code de l’action sociale et des familles » ;

4° Dans la première phrase du dernier alinéa, après les mots : « tout assuré », sont insérés les mots : « ou bénéficiaire de l’aide médicale de l’Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l’article L. 254-1 du code de l’action sociale et des familles ».

III. – Le premier alinéa de l’article L. 315-2-1 du même code est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase, après les mots : « des soins dispensés à un assuré », sont insérés les mots : « ou à un bénéficiaire de l’aide médicale de l’Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l’article L. 254-1 du code de l’action sociale et des familles » ;

2° Dans la deuxième phrase, les mots : « l’assuré » sont remplacés par les mots : « l’intéressé » ;

3° Dans la dernière phrase, après les mots : « à l’assuré », sont insérés les mots : « ou au bénéficiaire de l’aide médicale de l’Etat ou de la prise en charge des soins urgents mentionnée à l’article L. 254-1 du code de l’action sociale et des familles, ».

Article 117

- I. – L'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :
 « Le droit à l'indemnité journalière est ouvert dans les conditions définies à l'article L. 323-6. »
- II. – L'article L. 442-5 du même code est ainsi rédigé :
 « *Art. L. 442-5.* – Les articles L. 315-1 et L. 315-2 sont applicables aux accidents du travail. »

Section 8

**Dispositions relatives aux organismes concourant
au financement des régimes obligatoires**

Article 118

Pour l'année 2008, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS DE CHARGES
Fonds de solidarité vieillesse	14,2
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.....	16,8

La présente loi sera exécutée comme loi de l'Etat.

Fait à Paris, le 19 décembre 2007.

NICOLAS SARKOZY

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,
FRANÇOIS FILLON

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,
MICHEL BARNIER

*Le ministre du travail, des relations sociales
et de la solidarité,*
XAVIER BERTRAND

*La ministre de la santé,
de la jeunesse et des sports,*
ROSELYNE BACHELOT-NARQUIN

*Le ministre du budget, des comptes publics
et de la fonction publique,*
ERIC WOERTH

(1) Loi n° 2007-1786.

– Travaux préparatoires :

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 284 ;

Rapport de MM. Yves Bur, Jean-Pierre Door, Denis Jacquat et Hervé Féron, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 295 ;

Avis de Mme Marie-Anne Montchamp, au nom de la commission des finances, n° 303 ;

Discussion les 23 à 26 et 29 octobre 2007 et adoption le 29 octobre 2007.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 67 (2007-2008) ;

Rapport de MM. Alain Vasselle, André Lardeux, Dominique Leclerc et Gérard Dériot, au nom de la commission des affaires sociales, n° 72 (2007-2008) ;

Avis de M. Jean-Jacques Jégou, au nom de la commission des finances, n° 73 (2007-2008) ;

Discussion les 12 à 16 novembre 2007 et adoption le 16 novembre 2007.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat, n° 415 ;

Rapport de M. Yves Bur, au nom de la commission mixte paritaire, n° 416 ;
Discussion et adoption le 22 novembre 2007.

Sénat :

Rapport de M. Alain Vasselle, au nom de la commission mixte paritaire, n° 87 (2007-2008) ;
Discussion et adoption le 23 novembre 2007.

– Conseil constitutionnel :

Décision n° 2007-558 DC du 13 décembre 2007 publiée au *Journal officiel* de ce jour.

A N N E X E A

RAPPORT DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS SUR L'EXERCICE 2006

I. – Pour le régime général, l'exercice 2006 fait apparaître un déficit de 8,7 milliards d'euros. Il porte majoritairement sur la branche Maladie.

1. *Couverture du déficit de la branche Maladie*

Pour cette branche, le déficit de 5,9 milliards d'euros a été couvert par un versement de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

En effet, l'article 76 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a prévu que la CADES couvrirait :

- les déficits cumulés de la branche Maladie au 31 décembre 2003 et le déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 dans la limite globale de 35 milliards d'euros ;
- les déficits prévisionnels des années 2005 et 2006 dans la limite globale de 15 milliards d'euros.

La mise en œuvre de ces dispositions a donc conduit à opérer, trois années successives, des reprises de dette par la CADES :

- la reprise de dette effectuée en 2004, correspondant au déficit prévisionnel cumulé de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés à la fin 2004, d'un montant total de 35 milliards d'euros, a donné lieu à quatre versements de la CADES à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), échelonnés entre le 1^{er} septembre et le 9 décembre 2004 ;
- la reprise de dette effectuée en 2005 s'est élevée à 6,61 milliards d'euros. Ce montant correspond, pour 8,3 milliards d'euros, à la reprise du déficit prévisionnel de 2005 et, pour – 1,69 milliard d'euros, à une régularisation de la reprise de dette opérée en 2004 (le déficit cumulé réellement constaté à la fin 2004 s'étant élevé à 33,31 milliards d'euros au lieu des 35 milliards d'euros initialement prévus). Cette opération s'est traduite par un versement unique en date du 7 octobre 2005 ;
- en 2006, la reprise de dette a porté sur 5,7 milliards d'euros. Ce montant représente la reprise du déficit prévisionnel de 2006 pour 6 milliards d'euros et, pour – 0,3 milliard d'euros, la régularisation de la reprise de dette opérée en 2005 (le déficit réel de cet exercice s'étant élevé à 8 milliards d'euros au lieu du montant de 8,3 milliards d'euros initialement prévu). Il a fait l'objet d'un versement unique effectué le 6 octobre 2006.

Une dernière opération, en 2007, permettra de tenir compte du déficit réellement constaté en 2006. L'ACOSS devrait reverser 64,72 millions d'euros à ce titre à la CADES.

A compter de 2007, la loi ne prévoit pas de nouvelle reprise de déficit de la branche Maladie par la CADES.

2. *Couverture des déficits des branches Vieillesse, Famille et Accidents du travail-maladies professionnelles*

La branche Vieillesse du régime général a enregistré en 2006 un déficit de 1,9 milliard d'euros, la branche Famille de 0,9 milliard d'euros, et la branche Accidents du travail et maladies professionnelles de 0,1 milliard d'euros.

Ces déficits ont été couverts par les emprunts de trésorerie que peut conclure l'ACOSS auprès de la Caisse des dépôts et consignations, dans la limite du plafond fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale (18,5 milliards d'euros pour 2006). Sur l'ensemble de l'année 2006, les charges financières de l'ACOSS, nettes des produits financiers, s'élèvent à 270 millions d'euros.

II. – S'agissant des organismes concourant au financement des régimes :

1. *Couverture du déficit du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA)*

Le résultat du FFIPSA pour l'exercice 2006 est déficitaire de 1,3 milliard d'euros. Compte tenu de son déficit 2005, les déficits cumulés à la fin 2006 s'élèvent à 2,6 milliards d'euros, auxquels il convient de rajouter le reliquat de la dette du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA) d'un montant de 0,6 milliard d'euros, inscrit en créance sur l'Etat.

Le financement de ces déficits est assuré par les emprunts de trésorerie que peut conclure la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole, sur délégation du FFIPSA, auprès du consortium bancaire CALYON dans la limite du plafond fixé par la loi de financement de la sécurité sociale (7,1 milliards d'euros pour 2006).

2. Couverture du déficit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV)

Le résultat du FSV pour l'exercice 2006 est déficitaire de 1,3 milliard d'euros.

Le FSV ne disposant pas de réserve et n'ayant pas le droit d'emprunter, le déficit cumulé, qui s'élève à 5 milliards d'euros au 31 décembre 2006, est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif.

Le fonds se retrouve largement en position de débiteur vis-à-vis de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS – 5,5 milliards d'euros au 31 décembre 2006) et de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (0,1 milliard d'euros à cette même date).

Ces montants sont donc financés *in fine* par les emprunts de trésorerie de l'ACOSS, dans les mêmes conditions que les déficits propres à la CNAVTS. En 2006, la charge d'intérêts liée aux déficits du FSV représente 160 millions d'euros.

ANNEXE B

RAPPORT DÉCRIVANT LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET LES OBJECTIFS DE DÉPENSES PAR BRANCHE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE ET DU RÉGIME GÉNÉRAL, LES PRÉVISIONS DE RECETTES ET DE DÉPENSES DES ORGANISMES CONCOURANT AU FINANCEMENT DE CES RÉGIMES AINSI QUE L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE POUR LES QUATRE ANNÉES À VENIR

Hypothèses d'évolution moyenne sur la période 2009-2012

	SCÉNARIO bas	SCÉNARIO haut
Produit intérieur brut en volume	2,5 %	3 %
Masse salariale du secteur privé	4,4 %	5 %
Objectif national de dépenses d'assurance maladie (en volume)	2,0 %	2,0 %
Variante de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (en volume)	1,5 %	1,5 %
Inflation hors tabac	1,6 %	1,6 %

Les projections présentées sont construites autour de deux scénarios économiques et en l'absence de toute ressource supplémentaire. Ces deux scénarios reprennent les hypothèses d'évolution du produit intérieur brut (PIB), de la masse salariale et de l'inflation retenues dans les scénarios présentés dans le rapport sur la situation et les perspectives économiques, sociales et financières de la Nation annexé au projet de loi de finances pour 2008.

Les hypothèses retenues pour la progression des dépenses Famille et Vieillesse sont des évolutions tendancielles. Les dépenses de prestations en faveur de la famille progressent en volume à un rythme inférieur à 1 % sur la période. Les prestations évoluent moins vite à partir de 2010, la montée en charge des prestations en faveur de l'accueil des jeunes enfants se terminant en 2009. Le rythme de progression des prestations vieillesse en volume diminue très progressivement entre 2008 et 2012 (de 4 % à 3,2 % sur la période). Cette évolution prend en compte les dispositions de la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Elle intègre ainsi l'impact de l'allongement, à partir de 2009, des périodes validées pour obtenir une retraite à taux plein sur les conditions de départs anticipés à partir de 2009. En revanche, elle n'anticipe pas les mesures susceptibles d'être mises en œuvre à la suite du « rendez-vous retraite » de 2008.

À la différence des autres branches, les comptes de la branche Maladie sont présentés, non pas avec une évolution tendancielle des dépenses mais avec un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) d'au plus 2 % en volume par an sur la période, conformément à la stratégie pluriannuelle de finances publiques présentée par le Gouvernement lors du débat d'orientation budgétaire.

Cet objectif est ambitieux et demandera des efforts à l'ensemble des acteurs du système de santé. Il est cependant réaliste. En effet, les différences de productivité entre établissements de santé, les écarts de consommation de soins entre régions, les divergences de pratiques médicales ou de consommation avec des pays comparables à la France montrent que des gisements d'économie existent. Ces gains d'efficacité peuvent être exploités, tout en continuant d'assurer un service de santé de qualité pour l'ensemble des Français. Ceci nécessite des modifications des comportements et appelle l'introduction de nouveaux mécanismes de régulation,

qui devront être négociés et concertés avec l'ensemble des acteurs. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 constituera une première étape dans cette stratégie. Le scénario alternatif basé sur un ONDAM fixé à 1,5 % en volume suppose un effort complémentaire de régulation, mais permet de dégager des économies substantielles par rapport au scénario précédent à l'horizon 2012.

Ces différents scénarios montrent la nécessité d'approfondir les réformes mises en œuvre jusqu'ici. Concernant l'assurance maladie, un débat sur le financement de la santé doit s'ouvrir pour aboutir au premier semestre 2008. Le rendez-vous sur les retraites prévu par la loi du 21 août 2003 permettra également de définir les conditions d'un équilibre pérenne de l'assurance vieillesse.

Dans le scénario bas, le déficit du régime général passerait de 8,9 milliards d'euros en 2008 à 7,6 milliards d'euros en 2012. L'amélioration très sensible de la situation financière de la branche Famille, et, dans une moindre mesure, de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles vient compenser la dégradation de la situation financière de la branche Vieillesse. Si la branche Famille passe d'une situation équilibrée à un excédent de près de 5 milliards d'euros sur la période, la branche Vieillesse passe d'une situation déficitaire de 5,1 milliards d'euros en 2008 à un déficit de plus de 10 milliards d'euros.

Dans ce scénario bas, avec des dépenses en croissance de 2 % en volume, le déficit de la branche Maladie du régime général en 2012 serait ramené à 3 milliards d'euros. Avec un effort accru de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, la situation financière de l'assurance maladie s'améliorerait tout au long de la période pour atteindre l'équilibre en 2012. Dans ce dernier cas, le déficit du régime général est ramené à moins de 5 milliards d'euros en 2012.

Dans le scénario haut où le PIB s'accroîtrait de 3 % par an, le régime général bénéficie d'un surcroît de recettes de près de 6 milliards d'euros à l'horizon 2012, complément qui ne permet cependant pas de retrouver spontanément l'équilibre. Le solde du régime général qui s'améliore à partir de 2010 de 2 milliards d'euros par an serait déficitaire de 1,7 milliard d'euros en 2012. Par rapport au scénario précédent, la branche Maladie serait au voisinage de l'équilibre en 2012. En revanche, ces hypothèses plus favorables sont insuffisantes pour renverser la tendance à la dégradation des comptes financiers de la branche Vieillesse.

L'obtention de l'équilibre du régime général est possible dans le scénario haut associé à un effort complémentaire de maîtrise des dépenses d'assurance maladie (ONDAM à 1,5 % en volume).

Conformément au scénario retenu lors de la réforme des retraites de 2003, la réduction du besoin de financement de l'assurance vieillesse peut être obtenue sans augmentation des prélèvements obligatoires, en raison des excédents potentiels des autres branches ou régimes de protection sociale.

Dans les deux scénarios, le Fonds de solidarité vieillesse retrouve une situation excédentaire en 2008 (0,6 milliard d'euros). Les excédents du fonds s'accroissent sur la période, celui-ci bénéficiant de la baisse du chômage. En revanche, avant toute mesure nouvelle de redressement, la situation financière du Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles se dégrade de l'ordre de 300 millions d'euros par an.

La plupart des autres régimes de base bénéficient de mécanismes d'ajustement qui équilibrent leur solde (contribution d'équilibre de l'Etat ou du régime général, impôts affectés, cotisations fictives...) ; seuls la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales et le régime des industries électriques et gazières voient leur situation excédentaire se dégrader progressivement sur la période.

Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2007-2012

(Scénario économique bas)

Régime général

(En milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maladie							
Recettes	137,5	143,5	151,0	156,6	163,6	170,9	178,4
Dépenses	143,4	149,7	155,2	161,3	167,7	174,5	181,4
Solde	- 5,9	- 6,2	- 4,2	- 4,7	- 4,1	- 3,6	- 3,0
Variante avec un ONDAM à 1,5 % en volume à partir de 2009							
Solde	- 5,9	- 6,2	- 4,2	- 4,0	- 2,8	- 1,4	- 0,0
Accidents du travail - maladies professionnelles							

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes	9,8	10,0	10,8	11,3	11,8	12,3	12,8
Dépenses.....	9,9	10,4	10,5	10,9	11,2	11,5	11,9
Solde	- 0,1	- 0,4	0,3	0,4	0,6	0,7	0,9
Famille							
Recettes	52,5	54,3	56,7	58,8	61,2	63,7	66,4
Dépenses.....	53,4	54,8	56,4	57,3	58,5	59,9	61,5
Solde	- 0,9	- 0,5	0,3	1,5	2,7	3,9	4,9
Vieillesse							
Recettes	83,0	85,4	89,2	92,6	96,4	100,1	104,0
Dépenses.....	84,8	90,0	94,3	99,0	103,8	109,1	114,4
Solde	- 1,9	- 4,6	- 5,2	- 6,4	- 7,5	- 9,0	- 10,4
Toutes branches consolidé							
Recettes	277,8	288,0	302,3	313,9	327,3	341,2	355,7
Dépenses.....	286,6	299,6	311,1	323,0	335,7	349,2	363,3
Solde	- 8,7	- 11,7	- 8,8	- 9,1	- 8,4	- 8,0	- 7,5
<i>Variante avec un ONDAM à 1,5 % en volume à partir de 2009</i>							
Solde	- 8,7	- 11,7	- 8,8	- 8,5	- 7,0	- 5,8	- 4,5

Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maladie							
Recettes	160,1	166,8	175,4	181,6	189,3	197,4	205,8
Dépenses.....	166,0	173,4	179,5	186,4	193,6	201,2	209,0
Solde	- 5,9	- 6,6	- 4,1	- 4,8	- 4,3	- 3,7	- 3,2
Accidents du travail - maladies professionnelles							
Recettes	11,2	11,3	12,2	12,7	13,2	13,7	14,2
Dépenses.....	11,3	11,6	11,8	12,2	12,5	12,9	13,2
Solde	- 0,1	- 0,3	0,3	0,5	0,6	0,8	0,9

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Famille							
Recettes	52,9	54,7	57,1	59,2	61,7	64,2	66,9
Dépenses.....	53,7	55,2	56,8	57,7	58,9	60,3	61,9
Solde	- 0,8	- 0,5	0,3	1,6	2,8	3,9	5,0
Vieillesse							
Recettes	162,2	168,0	175,6	180,5	186,3	191,9	197,8
Dépenses.....	163,2	172,1	179,7	186,7	194,1	201,3	208,7
Solde	- 1,0	- 4,0	- 4,2	- 6,3	- 7,8	- 9,4	- 10,9
Toutes branches consolidé							
Recettes	381,4	395,5	414,8	428,5	445,0	461,8	479,4
Dépenses.....	389,2	406,9	422,5	437,6	453,7	470,3	487,5
Solde	- 7,8	- 11,4	- 7,7	- 9,1	- 8,7	- 8,4	- 8,1

Fonds de solidarité vieillesse*(En milliards d'euros)*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes	13,5	14,0	14,8	14,9	15,5	16,2	16,8
Dépenses.....	14,7	14,2	14,2	14,2	14,5	14,7	15,0
Solde	- 1,3	- 0,3	0,6	0,7	1,1	1,4	1,8

Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles*(En milliards d'euros)*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes	15,0	14,2	14,2	14,1	13,9	13,8	13,6
Dépenses.....	16,3	16,5	16,8	16,9	17,1	17,2	17,4
Solde	- 1,3	- 2,3	- 2,7	- 2,8	- 3,1	- 3,4	- 3,8

Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2007-2012*(Scénario économique haut)***Régime général***(En milliards d'euros)*

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maladie							

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes	137,5	143,5	151,0	157,3	164,9	172,9	181,3
Dépenses.....	143,4	149,7	155,2	161,3	167,7	174,4	181,3
Solde	- 5,9	- 6,2	- 4,2	- 4,0	- 2,8	- 1,4	0,0
Variante avec un ONDAM à 1,5 % en volume à partir de 2009							
Solde	- 5,9	- 6,2	- 4,2	- 3,4	- 1,5	0,7	3,1
Accidents du travail - maladies professionnelles							
Recettes	9,8	10,0	10,8	11,3	11,9	12,5	13,1
Dépenses.....	9,9	10,4	10,5	10,9	11,2	11,5	11,9
Solde	- 0,1	- 0,4	0,3	0,5	0,7	0,9	1,2
Famille							
Recettes	52,5	54,3	56,7	59,0	61,7	64,5	67,5
Dépenses.....	53,4	54,8	56,4	57,3	58,5	59,9	61,5
Solde	- 0,9	- 0,5	0,3	1,7	3,2	4,6	6,0
Vieillesse							
Recettes	83,0	85,4	89,2	92,9	97,0	101,1	105,5
Dépenses.....	84,8	90,0	94,3	99,0	103,8	109,0	114,2
Solde	- 1,9	- 4,6	- 5,2	- 6,0	- 6,8	- 7,9	- 8,8
Toutes branches consolidé							
Recettes	277,8	288,0	302,3	315,1	329,9	345,3	361,4
Dépenses.....	286,6	299,6	311,1	323,0	335,6	349,0	363,0
Solde	- 8,7	- 11,7	- 8,8	- 7,9	- 5,8	- 3,8	- 1,6
Variante avec un ONDAM à 1,5 % en volume à partir de 2009							
Solde	- 8,7	- 11,7	- 8,8	- 7,3	- 4,4	- 1,6	1,4

Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Maladie							

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes	160,1	166,8	175,4	182,2	190,6	199,5	208,7
Dépenses	166,0	173,4	179,5	186,4	193,6	201,1	208,8
Solde	- 5,9	- 6,6	- 4,1	- 4,2	- 3,0	- 1,6	- 0,2
Accidents du travail - maladies professionnelles							
Recettes	11,2	11,3	12,2	12,7	13,3	13,9	14,5
Dépenses	11,3	11,6	11,8	12,2	12,5	12,9	13,2
Solde	- 0,1	- 0,3	0,3	0,5	0,8	1,0	1,2
Famille							
Recettes	52,9	54,7	57,1	59,5	62,1	65,0	68,0
Dépenses	53,7	55,2	56,8	57,7	58,9	60,3	61,9
Solde	- 0,8	- 0,5	0,3	1,8	3,2	4,7	6,1
Vieillesse							
Recettes	162,2	168,0	175,6	180,8	186,9	192,9	199,2
Dépenses	163,2	172,1	179,7	186,7	194,0	201,3	208,6
Solde	- 1,0	- 4,0	- 4,2	- 6,0	- 7,1	- 8,3	- 9,3
Toutes branches consolidé							
Recettes	381,4	395,5	414,8	429,8	447,5	465,9	485,0
Dépenses	389,2	406,9	422,5	437,6	453,7	470,1	487,2
Solde	- 7,8	- 11,4	- 7,7	- 7,9	- 6,1	- 4,3	- 2,2

Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes	13,5	14,0	14,8	15,0	15,6	16,3	17,1
Dépenses	14,7	14,2	14,2	14,1	14,3	14,4	14,6
Solde	- 1,3	- 0,3	0,6	0,9	1,4	1,9	2,4

Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles

(En milliards d'euros)

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Recettes	15,0	14,2	14,2	14,1	14,0	13,8	13,7

	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012
Dépenses.....	16,3	16,5	16,8	16,9	17,1	17,2	17,4
Solde	- 1,3	- 2,3	- 2,7	- 2,7	- 3,1	- 3,4	- 3,7

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 2006

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives	69,8	89,7	30,4	8,1	198,0
Cotisations fictives	1,1	33,3	0,1	0,3	34,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,5	1,3	0,6	0,3	3,6
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	1,2	6,2	6,3	0,1	13,8
Impôts et taxes affectées	72,0	11,5	14,6	1,7	99,9
dont contribution sociale généralisée	53,8	0,0	11,1	0,0	64,9
Transferts reçus	11,8	19,3	0	0,1	26,4
Revenus des capitaux	0,1	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources	2,7	0,6	0,6	0,6	4,5
Total par branche	160,1	162,1	52,9	11,2	381,4

Exercice 2007 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives	72,2	92,5	31,3	8,1	204,1
Cotisations fictives	1,1	34,7	0,1	0,3	36,3
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,8	1,4	0,7	0,3	4,2
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Autres contributions publiques	1,6	7,1	6,5	0,1	15,3
Impôts et taxes affectées	74,4	12,7	15,4	1,9	104,4
dont contribution sociale généralisée	55,8	0,0	11,5	0,0	67,3
Transferts reçus	13,0	18,8	0,0	0,1	26,9
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3
Autres ressources	2,7	0,6	0,3	0,5	4,0
Total par branche	166,8	168,0	54,7	11,3	395,5

Exercice 2008 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives	74,9	94,8	32,6	9,1	211,4
Cotisations fictives	1,2	36,1	0,1	0,3	37,8
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,9	1,5	0,7	0,1	4,1
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	1,8	7,5	6,6	0,1	16,0
Impôts et taxes affectées	78,6	15,8	16,3	2,1	112,8
dont contribution sociale généralisée	58,7	0,0	12,1	0,0	70,8
Transferts reçus	14,5	18,9	0,0	0,1	28,4
Revenus des capitaux	0,0	0,2	0,1	0,0	0,3
Autres ressources	2,5	0,7	0,3	0,4	3,9
Total par branche	175,4	175,6	57,1	12,2	414,8

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 sécurité sociale :

Exercice 2006

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives	62,3	58,0	30,1	7,4	157,9

	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	1,4	1,1	0,6	0,3	3,3
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,2	0,0	0,3	0,0	0,2
Autres contributions publiques	0,4	0,1	6,3	0,0	6,8
Impôts et taxes affectées	60,0	6,1	14,6	1,6	82,4
dont contribution sociale généralisée	47,1	0,0	11,1	0,0	58,2
Transferts reçus	10,7	17,4	0,0	0,1	23,4
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources	2,5	0,2	0,6	0,4	3,7
Total par branche	137,5	83,0	52,5	9,8	277,8

Exercice 2007 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives	64,3	59,6	31,1	7,4	162,4
Cotisations fictives	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,6	1,3	0,7	0,3	3,9
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3
Autres contributions publiques	0,4	0,1	6,5	0,0	7,0
Impôts et taxes affectées	62,5	7,4	15,4	1,8	87,2
dont contribution sociale généralisée	49,0	0,0	11,5	0,0	60,4
Transferts reçus	12,0	16,8	0,0	0,1	23,9
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources	2,5	0,1	0,3	0,4	3,3
Total par branche	143,5	85,4	54,3	10,0	288,0

Exercice 2008 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS DU TRAVAIL Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives	67,0	60,4	32,3	8,4	168,1

	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	1,7	1,3	0,7	0,1	3,7
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,2	0,0	0,3	0,0	0,3
Autres contributions publiques	0,4	0,1	6,6	0,0	7,2
Impôts et taxes affectées	66,2	10,3	16,3	1,9	94,8
dont contribution sociale généralisée	51,6	0,0	12,1	0,0	63,7
Transferts reçus	13,1	16,8	0,0	0,1	25,0
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources	2,4	0,1	0,3	0,3	3,1
Total par branche	151,0	89,2	56,7	10,8	302,3

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

3. Recettes par catégorie des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

Exercice 2006

(En milliards d'euros)

	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	11,3	6,5
dont contribution sociale généralisée	10,5	0,9
Transferts reçus	2,2	6,5
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,3
Total par organisme	13,5	15,0

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	1,7
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	11,6	6,0
<i>dont contribution sociale généralisée</i>	<i>10,9</i>	<i>1,0</i>
Transferts reçus	2,3	6,3
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,2
Total par organisme	14,0	14,2

Exercice 2008 (prévisions)*(En milliards d'euros)*

	FONDS DE SOLIDARITÉ vieillesse	FONDS DE FINANCEMENT des prestations sociales des non-salariés agricoles
Cotisations effectives	0,0	1,7
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	12,4	6,0
<i>dont contribution sociale généralisée</i>	<i>11,5</i>	<i>1,0</i>
Transferts reçus	2,4	6,3
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,2
Total par organisme	14,8	14,2