

LOIS

LOI n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006 (1)

NOR : SANX0500246L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont adopté,
Vu la décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005 ;
Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

PREMIÈRE PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2004

Article 1^{er}

Au titre de l'exercice 2004, 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.....	133,4	145,0	- 11,7
Vieillesse	147,9	147,3	0,6
Famille	48,7	49,0	- 0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	10,1	10,2	- 0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	335,3	346,8	- 11,5

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

(En milliards d'euros)

	RECETTES	DÉPENSES	SOLDE
Maladie.....	113,4	125,0	- 11,6
Vieillesse	75,2	74,9	0,3
Famille	48,2	48,6	- 0,4
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	8,8	9,0	- 0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	240,9	252,8	- 11,9

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	13,4	14,0	- 0,6
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie	0,1	0,1	0,0

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 130,1 milliards d'euros ;

5° Les recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites, s'élevant à 2,2 milliards d'euros ;

6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 3,3 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 2004.

DEUXIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2005

Section 1

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

Article 3

Au titre de l'année 2005, 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.....	140,3	149,7	- 9,4
Vieillesse	153,1	155,2	- 2,1
Famille	50,2	51,2	- 1,0
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	10,3	10,7	- 0,4
Toutes branches (hors transferts entre branches)	349,2	362,1	- 12,9

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie.....	120,6	128,8	- 8,3
Vieillesse	78,2	80,1	- 2,0
Famille	49,7	50,8	- 1,1
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	9,0	9,5	- 0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches)	252,6	264,5	- 11,9

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	PRÉVISIONS de charges	SOLDE
Fonds de solidarité vieillesse	12,5	14,6	- 2,0

	PRÉVISIONS de recettes	PRÉVISIONS de charges	SOLDE
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.....	13,7	15,4	- 1,7
Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie.....	0,5	0,5	0,0

Article 4

I. – Au titre de l'année 2005, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,4 milliards d'euros.

II. – Au titre de l'année 2005, les prévisions rectifiées des recettes affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à 1,5 milliard d'euros.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses

Article 5

La contribution de l'assurance maladie au fonds de concours mentionné à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est fixée pour 2005 à 176 millions d'euros.

Cette contribution est répartie entre les différents régimes d'assurance maladie selon les règles mises en œuvre au titre de l'année 2004 pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Article 6

Dans le 2° de l'article 13 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, le taux : « 15 % » est remplacé par les mots : « 20 % au plus ».

Article 7

I. – Au titre de l'année 2005, 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.....	149,7
Vieillesse.....	155,2
Famille.....	51,2
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	10,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	362,1

II. – Au titre de l'année 2005, 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.....	128,8
Vieillesse.....	80,1
Famille.....	50,8
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	9,5
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	264,5

Article 8

Au titre de l'année 2005, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est maintenu à 134,9 milliards d'euros.

TROISIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES
ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2006****Article 9**

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2006-2009), les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes, ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Section 1

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

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

1° Dans le 1°, après les mots : « Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne-logement visés à l'article L. 315-1 du code de la construction et de l'habitation, », sont insérés les mots : « à l'exception des plans d'épargne-logement, » ;

2° Le 2° est ainsi rédigé :

« 2° Les intérêts des plans d'épargne-logement, exonérés d'impôt sur le revenu en application du 9° bis de l'article 157 du code général des impôts :

« a) Au 1^{er} janvier 2006, pour les plans de plus de dix ans à cette date et pour ceux ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont le terme est échu avant le 1^{er} janvier 2006 ;

« b) A la date du dixième anniversaire du plan ou, pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992, à leur date d'échéance ;

« c) Lors du dénouement du plan, s'il intervient antérieurement au dixième anniversaire ou antérieurement à leur date d'échéance pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 ;

« d) Lors de leur inscription en compte, pour les intérêts courus à compter du 1^{er} janvier 2006 sur des plans de plus de dix ans ou sur des plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont le terme est échu ; »

3° Après le 2°, il est inséré un 2° bis ainsi rédigé :

« 2° bis Les primes d'épargne des plans d'épargne-logement lors de leur versement ; ».

II. – Le I de l'article 1600-0 J du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Dans le 1, après les mots : « Les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne-logement visés à l'article L. 315-1 du code de la construction et de l'habitation », sont insérés les mots : « , à l'exception des plans d'épargne-logement, » ;

2° Le 2 est ainsi rédigé :

« 2. Les intérêts des plans d'épargne-logement, exonérés d'impôt sur le revenu en application du 9° bis de l'article 157 :

« a) Au 1^{er} janvier 2006, pour les plans de plus de dix ans à cette date et pour ceux ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont le terme est échu avant le 1^{er} janvier 2006 ;

« b) A la date du dixième anniversaire du plan ou, pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992, à leur date d'échéance ;

« c) Lors du dénouement du plan, s'il intervient antérieurement au dixième anniversaire ou antérieurement à leur date d'échéance pour les plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 ;

« d) Lors de leur inscription en compte, pour les intérêts courus à compter du 1^{er} janvier 2006 sur des plans de plus de dix ans ou sur des plans ouverts avant le 1^{er} avril 1992 dont le terme est échu ; »

3° Après le 2, il est inséré un 2 bis ainsi rédigé :

« 2 bis Les primes d'épargne des plans d'épargne-logement lors de leur versement ; ».

III. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2006.

Article 11

Dans l'article 13 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, après le mot : « acquis », sont insérés les mots : « jusqu'au 31 décembre 2005 ».

Article 12

Le second alinéa de l'article L. 443-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Dans le cadre de ce contrat de travail, la personne morale employeur peut bénéficier des exonérations de cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales dans les conditions du I de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale. »

Article 13

I. – Le 1 de l'article 80 *duodecies* du code général des impôts est ainsi rédigé :

« 1. Toute indemnité versée à l'occasion de la rupture du contrat de travail constitue une rémunération imposable, sous réserve de l'exonération prévue au 22° de l'article 81 et des dispositions suivantes.

« Ne constituent pas une rémunération imposable :

« 1° Les indemnités mentionnées à l'article L. 122-14-4 du code du travail ;

« 2° Les indemnités de licenciement ou de départ volontaire versées dans le cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi au sens des articles L. 321-4 et L. 321-4-1 du même code ;

« 3° La fraction des indemnités de licenciement versées en dehors du cadre d'un plan de sauvegarde de l'emploi au sens des articles L. 321-4 et L. 321-4-1 du même code, qui n'excède pas :

« a) Soit deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou 50 % du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur, dans la limite de six fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités ;

b) Soit le montant de l'indemnité de licenciement prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, par la loi, si ce montant est supérieur à six fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités ;

« 4° La fraction des indemnités de mise à la retraite qui n'excède pas :

« a) Soit deux fois le montant de la rémunération annuelle brute perçue par le salarié au cours de l'année civile précédant la rupture de son contrat de travail, ou 50 % du montant de l'indemnité si ce seuil est supérieur, dans la limite de cinq fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités ;

« b) Soit le montant de l'indemnité de licenciement prévue par la convention collective de branche, par l'accord professionnel ou interprofessionnel ou, à défaut, par la loi, si ce montant est supérieur à cinq fois le plafond mentionné à l'article L. 241-3 du code de la sécurité sociale en vigueur à la date du versement des indemnités. »

II. – Dans le 2 du même article, les mots : « au deuxième alinéa du 1 » sont remplacés par les mots : « aux 3° et 4° du 1 ».

III. – Les dispositions du présent article sont applicables aux indemnités perçues à l'occasion d'une rupture du contrat de travail notifiée à compter du 1^{er} janvier 2006.

Article 14

I. – Le chapitre I^{er} du titre IV du livre II du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 241-15 ainsi rédigé :

« Art. L. 241-15. – Pour la mise en œuvre des mesures d'exonération ou de réduction de cotisations de sécurité sociale prévues par le présent code ou par toute autre disposition législative ou réglementaire, l'assiette de calcul s'entend des heures rémunérées quelle qu'en soit la nature. »

II. – L'article L. 242-1 du même code est ainsi modifié :

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

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

2° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

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

III. – Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date de publication de la présente loi, les dispositions du I sont applicables aux cotisations dues au titre des gains et rémunérations versés à compter du 1^{er} janvier 2006.

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date de publication de la présente loi, les dispositions du 1^o du II s'appliquent aux compensations salariales versées à compter du 1^{er} janvier 2006 dans le cadre d'accords collectifs réduisant la durée du travail conclus à compter du 1^{er} octobre 1996.

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée et des instances en cours à la date de publication de la présente loi, les dispositions du 2 du II s'appliquent aux cotisations dues au titre des contributions versées à compter du 1^{er} janvier 2006.

Article 15

I. – *[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005.]*

II. – 1. Dans la dernière phrase du septième alinéa de l'article L. 376-1 et dans la dernière phrase du huitième alinéa de l'article L. 454-1 du même code, les montants : « 760 € » et « 76 € » sont remplacés respectivement par les montants : « 910 € » et « 91 € ».

2. Les mêmes alinéas sont complétés par une phrase ainsi rédigée :

« A compter du 1^{er} janvier 2007, les montants mentionnés au présent alinéa sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, en fonction du taux de progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année considérée. »

Article 16

La première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « et si l'employeur notifie à son organisme de recouvrement l'identité de ses salariés ou mandataires sociaux auxquels des actions gratuites ont été attribuées définitivement au cours de l'année civile précédente, ainsi que le nombre et la valeur des actions attribuées à chacun d'entre eux ».

Article 17

Les entreprises ou établissements couverts par une convention de branche ou un accord professionnel de branche sur les salaires conclu entre le 1^{er} janvier 2005 et le 15 juin 2006 en application de l'article L. 132-12 du code du travail et applicable en 2006, ou ayant eux-mêmes conclu, en application de l'article L. 132-27 du même code, un accord salarial entre le 1^{er} janvier 2005 et le 15 juin 2006, applicable en 2006, peuvent verser à l'ensemble de leurs salariés un bonus exceptionnel d'un montant maximum de 1 000 € par salarié.

Le montant de ce bonus exceptionnel peut être modulé selon les salariés ; cette modulation ne peut s'effectuer qu'en fonction du salaire, de la qualification, du niveau de classification, de l'ancienneté ou de la durée de présence dans l'entreprise du salarié. Ce bonus ne peut se substituer à des augmentations de rémunération et à des primes conventionnelles prévues par l'accord salarial ou par le contrat de travail. Il ne peut non plus se substituer à aucun des éléments de rémunération au sens de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale versés par l'employeur ou qui deviennent obligatoires en vertu de règles légales ou contractuelles.

Dès lors qu'il est exceptionnel et qu'il ne se substituera à aucun élément de rémunération, ce bonus est exonéré de toutes cotisations et contributions d'origine légale ou conventionnelle, à l'exception des contributions définies aux articles L. 136-2 du code de la sécurité sociale et 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, sans qu'il soit fait application de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

Dans le cas où un salarié qui a adhéré à un plan d'épargne d'entreprise prévu au chapitre III du titre IV du livre IV du code du travail affecte à la réalisation de ce plan tout ou partie des sommes qui lui sont versées au titre du bonus exceptionnel, ces sommes sont exonérées d'impôt sur le revenu, dans les conditions prévues par l'article L. 441-6 du même code.

Dans les entreprises et établissements non couverts par une convention de branche ou un accord professionnel de branche conclu dans les conditions prévues au premier alinéa et n'entrant pas dans le champ du I de l'article L. 132-26 du code du travail ou dans celui de l'article L. 132-27 du même code, l'accord salarial mentionné au premier alinéa peut être, à titre exceptionnel, conclu selon les modalités fixées par l'article L. 441-1 du même code.

L'accord conclu en application de l'article L. 132-27 du code du travail visé au premier alinéa du présent article peut également prévoir le versement du bonus exceptionnel, en déterminer un montant et en définir les modalités d'attribution dans les conditions fixées par le présent article.

Le montant et les modalités de versement du bonus exceptionnel sont fixés dans l'entreprise par décision de l'employeur prise avant le 30 juin 2006. Le versement des sommes ainsi déterminées doit intervenir le 31 juillet 2006 au plus tard.

L'employeur notifie avant le 31 décembre 2006 à l'organisme de recouvrement des cotisations de sécurité sociale dont relève l'entreprise le montant des sommes versées aux salariés en application du présent article en précisant le montant par salarié.

Le bénéfice des exonérations définies au premier alinéa est subordonné à cette notification avant le 31 décembre 2006, ainsi qu'au respect des conditions et délais de versement mentionnés ci-dessus.

Article 18

Dans le deuxième alinéa du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « à titre principal » sont supprimés.

Article 19

I. – L'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 1° est complété par les mots : « , quelles que soient, le cas échéant, la nature et la répartition de leur capital » ;

2° Le 4° est ainsi rédigé :

« 4° Des personnes morales de droit public, 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 ; »

3° Après le 4°, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Des groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de dispositions du chapitre I^{er} du titre II de la première partie du livre I^{er} du code général des impôts autres que celles de l'article 256 B ; ».

II. – 1. Dans le deuxième alinéa de l'article L. 651-3 du même code, les mots : « visés aux 6°, 7° et 8° de l'article L. 651-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 4° *bis*, 6°, 7° et 8° de l'article L. 651-1 ainsi que les groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts ».

2. Dans le troisième alinéa du même article, les mots : « visés aux 1° à 5° et 10° de l'article L. 651-1 » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 1° à 3°, 4°, sauf s'il s'agit de groupements d'intérêt public assujettis à la taxe sur la valeur ajoutée en application de l'article 256 B du code général des impôts, 5° et 10° de l'article L. 651-1 ».

Article 20

Le code général des impôts est ainsi modifié :

1° Dans l'article 575 G, les mots : « 2 kilogrammes » sont remplacés par les mots : « 1 kilogramme » ;

2° Dans l'article 575 H, les mots : « 10 kilogrammes » sont remplacés par les mots : « 2 kilogrammes ».

Article 21

I. – Dans l'intitulé de la section 2 du chapitre VIII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, le mot : « Contribution » est remplacé par le mot : « Contributions ».

II. – L'article L. 138-10 du même code est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, il est inséré la mention : « I. – » ;

2° Dans le quatrième alinéa, les mots : « des articles L. 162-16-1 et suivants » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 162-16-4 » ;

3° Dans le dernier alinéa, les mots : « Pour le déclenchement de la contribution » sont remplacés par les mots : « Pour l'assujettissement à la contribution » ;

4° Sont ajoutés un II et un III ainsi rédigés :

« II. – Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens des articles L. 5124-1 et L. 5124-2 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au quatrième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, précité, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national

de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.

« Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :

TAUX D'ACCROISSEMENT du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	TAUX DE LA CONTRIBUTION globale exprimé en pourcentage de la tranche du chiffre d'affaires déclaré par l'ensemble des entreprises redevables
T supérieur à K (*) et/ou égal à K + 0,5 point.....	50 %
T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point.....	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %
(*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.	

« Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu une convention avec le Comité économique des produits de santé, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires réalisé au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne le versement d'une remise et que cette convention soit en outre conforme aux modalités définies par un accord conclu en application du premier alinéa de l'article L. 162-17-4, sous réserve qu'un tel accord ait été conclu. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.

« Pour l'assujettissement à la contribution, ne sont pris en compte ni le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des médicaments mentionnés à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique par les entreprises qui ne sont pas redevables de cette contribution ni le chiffre d'affaires de ces mêmes entreprises réalisé l'année précédente.

« III. – Les dispositions des articles L. 138-11 à L. 138-19 sont applicables séparément à chacune des contributions prévues aux I et II du présent article. »

III. – Dans le V de l'article 74 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les mots : « du premier alinéa » sont supprimés et les mots : « dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article » sont remplacés par les mots : « dans chacun des deux tableaux figurant au même article ».

IV. – Dans l'article L. 245-5-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « au titre I^{er} » sont remplacés par les mots : « aux titres I^{er} et III ».

V. – Dans le cinquième alinéa de l'article L. 245-5-2 du même code, le montant : « 100 000 € » est remplacé par le montant : « 50 000 € ».

VI. – La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 245-6 du même code est complétée par les mots : « et à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins, dans la limite de l'indication ou des indications au titre de laquelle ou desquelles la désignation comme médicament orphelin a été accordée par la Commission européenne et sous réserve que le chiffre d'affaires remboursable ne soit pas supérieur à 20 millions d'euros ».

VII. – A titre exceptionnel, pour la détermination 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 2006, le taux de la contribution est fixé à 1,76 %.

VIII. – Les dispositions du II et du III s'appliquent pour la première fois au calcul de la contribution due au titre de l'année 2005. A titre dérogatoire, pour l'application à la contribution due au titre de l'année 2005 des dispositions du troisième alinéa du II de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue du présent article, la convention mentionnée audit alinéa devra être conclue au plus tard le 15 décembre 2006 ; en l'absence de conclusion de la convention à cette date, la contribution devient à la même date intégralement exigible.

Les dispositions des IV et V s'appliquent pour la première fois à la détermination des contributions dues au plus tard le 1^{er} décembre 2006.

Article 22

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

1° Au dernier alinéa de l'article L. 137-7, les mots : « au 3° de l'article L. 225-1-1 et des » sont remplacés par le mot : « aux » ;

2° Au début du premier alinéa de l'article L. 138-20, après les mots : « Les contributions instituées aux articles », est insérée la référence : « L. 137-6, ». Le deuxième alinéa de ce même article est supprimé.

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent au recouvrement de la contribution assise sur les primes définies au deuxième alinéa de l'article L. 137-7 du code de la sécurité sociale et émises après le 31 décembre 2006.

Les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 138-20 du même code reprennent les droits et obligations, actions et poursuites, dettes et créances de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, nés des opérations de recouvrement et de contrôle de la contribution instituée à l'article L. 137-6 du même code intervenues jusqu'au 31 mars 2007.

Article 23

I. – Au septième alinéa (1°) de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 32,50 % » est remplacé par le taux : « 32,46 % ».

II. – L'article L. 862-3 du même code est complété par un *e* ainsi rédigé :

« *e*) Une fraction de 1,88 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts. »

III. – Après le cinquième alinéa de l'article L. 351-7 du code de la construction et de l'habitation, il est inséré un *d* ainsi rédigé :

« *d*) Une fraction de 1,48 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ; cette fraction est perçue par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et affectée au Fonds national d'aide au logement. »

IV. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux sommes à percevoir à compter du 1^{er} janvier 2006.

Article 24

Est approuvé le montant de 21,817 milliards d'euros, correspondant à la compensation des exonérations, des réductions ou abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

Section 2

Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé

Article 25

I. – Le chapitre III du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 133-4-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-4-2.* – Le bénéfice de toute mesure de réduction et d'exonération, totale ou partielle, de cotisations de sécurité sociale ou de contributions acquittées auprès des organismes de sécurité sociale, appliquée par un employeur ou un travailleur indépendant sans qu'il soit tenu d'en faire une demande préalable, est subordonné au respect par l'employeur ou le travailleur indépendant des dispositions de l'article L. 324-9 du code du travail.

« Lorsque l'infraction définie aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 324-10 du même code est constatée par procès-verbal dans les conditions déterminées à l'article L. 324-12 du même code, l'organisme de recouvrement procède, dans la limite de la prescription applicable en matière de travail dissimulé, à l'annulation des réductions ou exonérations des cotisations ou contributions mentionnées au premier alinéa du présent article.

« Cette annulation, plafonnée à un montant fixe par décret est égale au montant des réductions ou exonérations pratiquées dans l'établissement sur la période où a été constatée l'infraction. »

II. – Après l'article L. 242-1 du même code, il est inséré un article L. 242-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 242-1-1.* – Les rémunérations, versées ou dues à des salariés, qui sont réintégrées dans l'assiette des cotisations à la suite du constat de l'infraction définie aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 324-10 du code du travail ne peuvent faire l'objet d'aucune mesure de réduction ou d'exonération de cotisations de sécurité sociale ou de minoration de l'assiette de ces cotisations. »

III. – La dernière phrase de l'article L. 243-11 du même code est supprimée.

IV. – Après l'article L. 243-12 du même code, sont insérés trois articles L. 243-12-1, L. 243-12-2 et L. 243-12-3 ainsi rédigés :

« *Art. L. 243-12-1.* – Le fait de faire obstacle à l'accomplissement des fonctions des agents mentionnés à l'article L. 243-11, quel que soit leur cadre d'action, est puni de six mois d'emprisonnement et de 7 500 € d'amende.

« *Art. L. 243-12-2.* – Les personnes morales peuvent être déclarées responsables pénalement, dans les conditions prévues par l'article 121-2 du code pénal, de l'infraction définie à l'article L. 243-12-1 du présent code. La peine encourue par les personnes morales est l'amende, suivant les modalités prévues par l'article 131-38 du code pénal.

« Art. L. 243-12-3. – Les dispositions du code pénal qui prévoient et répriment les actes de résistance, les outrages et les violences contre les officiers de police judiciaire sont, en outre, applicables à ceux qui se rendent coupables de faits de même nature à l'égard des agents de contrôle visés à l'article L. 243-11. »

V. – L'article L. 123-11 du code de commerce est complété par sept alinéas ainsi rédigés :

« L'activité de domiciliaire ne peut être exercée dans un local à usage d'habitation principale ou à usage mixte professionnel.

« Sont qualifiés pour procéder, dans le cadre de leurs compétences respectives, à la recherche et à la constatation des infractions aux dispositions des articles de la présente sous-section et des règlements pris pour leur application :

« 1° Les agents mentionnés à l'article L. 243-7 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Les inspecteurs du travail et les contrôleurs du travail et fonctionnaires de contrôle assimilés au sens de l'article L. 611-10 du code du travail ;

« 3° Les agents des caisses de la mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 724-7 du code rural.

« A cet effet, ils agissent, chacun pour ce qui le concerne, conformément aux règles de recherche et de constatation des infractions déterminées par les dispositions du code de la sécurité sociale, du code du travail et du code rural qui leur sont applicables.

« Les infractions sont constatées par des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire et transmis directement au parquet. »

VI. – [Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005.]

Section 3

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Article 26

Pour l'année 2006, 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.....	146,4
Vieillesse.....	159,1
Famille.....	52,2
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	11,0
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	363,6

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

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes
Maladie.....	125,7
Vieillesse.....	81,6
Famille.....	51,6
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	9,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	263,7

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	13,1
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.....	13,9

Article 27

Pour l'année 2006, 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.....	146,4	153,4	- 7,0
Vieillesse	159,1	161,0	- 1,8
Famille	52,2	53,3	- 1,1
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	11,0	11,1	- 0,1
Toutes branches (hors transferts entre branches)	363,6	373,7	- 10,1

Article 28

Pour l'année 2006, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de la sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	OBJECTIFS de dépenses	SOLDE
Maladie.....	125,7	131,9	- 6,1
Vieillesse	81,6	83,1	- 1,4
Famille	51,6	52,8	- 1,2
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	9,7	9,9	- 0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches)	263,7	272,7	- 8,9

Article 29

Pour l'année 2006, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de recettes	PRÉVISIONS de charges	SOLDE
Fonds de solidarité vieillesse	13,1	14,6	- 1,5
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.....	13,9	15,6	- 1,7

Article 30

I. – Pour l'année 2006, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 2,4 milliards d'euros.

II. – Pour l'année 2006, 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 de 2 %	1,4
Affectation de l'excédent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés	0,0
Affectation de l'excédent du Fonds de solidarité vieillesse	0,0
Revenus exceptionnels (dont privatisations)	0,0
Revenus de capitaux	0,0
Total	1,4

Section 4

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 31

I. – Le chapitre IV *bis* du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 114-8 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-8. – Les comptes des organismes nationaux de sécurité sociale, autres que ceux mentionnés à l'article LO 132-2-1 du code des juridictions financières, ainsi que ceux des organismes créés pour concourir au financement de l'ensemble des régimes, sont certifiés par un commissaire aux comptes. Lorsque ces organismes établissent des comptes combinés, la certification est effectuée par deux commissaires aux comptes au moins.

« Une norme d'exercice professionnel homologuée par voie réglementaire précise les diligences devant être accomplies par les commissaires aux comptes. Les dispositions de l'article L. 140-2 du code des juridictions financières sont applicables à ces derniers. »

II. – Les deux premiers alinéas de l'article L. 723-46 du code rural sont supprimés.

III. – Les dispositions du I s'appliquent au plus tard aux comptes de l'exercice 2008 selon des modalités définies par décret. Les dispositions du II s'appliquent au 1^{er} janvier 2008.

Article 32

Le chapitre II du titre II du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par quatre articles L. 122-2, L. 122-3, L. 122-4 et L. 122-5 ainsi rédigés :

« Art. L. 122-2. – L'agent comptable d'un organisme de sécurité sociale est chargé de la tenue de la comptabilité et veille à retracer dans ses comptes l'ensemble des droits et obligations de l'organisme.

« L'agent comptable est personnellement et pécuniairement responsable des opérations effectuées, à l'exception de celles faites sur réquisition régulière du directeur de l'organisme. La réquisition a pour effet de transférer la responsabilité au directeur.

« La responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable se trouve engagée dès lors qu'un déficit ou un manquant en deniers ou en valeurs a été constaté, qu'un encaissement n'a pas été effectué, qu'une dépense a été indûment payée ou que, du fait de l'agent comptable, l'organisme a dû procéder à l'indemnisation d'un autre organisme ou d'un tiers.

« Si le préjudice financier est reconnu imputable à un cas de force majeure par l'autorité compétente, la responsabilité pécuniaire de l'agent comptable ne peut être engagée.

« Avant d'être installé, l'agent comptable doit fournir en garantie un cautionnement.

« Les opérations et les contrôles dont il assume la responsabilité sont précisés par décret.

« Art. L. 122-3. – La responsabilité personnelle et pécuniaire de l'agent comptable s'étend à toutes les opérations effectuées depuis la date de son installation jusqu'à la date de cessation des fonctions. Cette responsabilité s'étend aux opérations des régisseurs dans la limite des contrôles que l'agent comptable est tenu d'exercer. Elle ne peut être mise en jeu à raison de la gestion de ses prédécesseurs que pour les opérations prises en charge sans réserve lors de la remise de service ou qui n'auraient pas été contestées par l'agent comptable entrant, dans un délai fixé par décret.

« Le premier acte de la mise en jeu de la responsabilité ne peut plus intervenir au-delà du 31 décembre de la sixième année suivant l'exercice comptable en cause.

« Les régisseurs chargés pour le compte de l'agent comptable d'opérations d'encaissement et de paiement, les fondés de pouvoirs de l'agent comptable et les responsables des centres agréés par le ministre chargé du budget et le ministre chargé de la sécurité sociale pour effectuer des opérations d'encaissement de certains moyens de paiement sont soumis aux règles, obligations et responsabilité des agents comptables. Ils peuvent être déclarés responsables des opérations effectuées dans la limite du montant du cautionnement qu'ils sont astreints de fournir.

« *Art. L. 122-4.* – Les conditions de mise en œuvre de la responsabilité prévue aux articles L. 122-2 et L. 122-3, notamment la procédure applicable, les modalités de mise en débet et, le cas échéant, de remise gracieuse ainsi que celles relatives à la délivrance du quitus, sont fixées par décret.

« *Art. L. 122-5.* – Les dispositions des articles L. 122-2 à L. 122-4 sont applicables à tous les organismes de sécurité sociale à l'exception des organismes ayant le statut d'établissement public. »

Article 33

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 ci-dessous, dans les limites indiquées :

(En millions d'euros)

	LIMITES
Régime général	18 500
Régime des exploitants agricoles (Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles)	7 100
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales.....	550
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.....	150
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	300
Caisse nationale des industries électriques et gazières.....	475
Régime spécial de retraite de la Régie autonome des transports parisiens.....	50

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2006

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 34

I. – Après l'article L. 161-13 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-13-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-13-1.* – Les personnes ayant relevé des dispositions de l'article L. 381-30 retrouvent, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, à l'issue de leur incarcération, pour la détermination des conditions d'attribution des prestations en espèces, le bénéfice des droits ouverts dans le régime dont elles relevaient avant la date de leur incarcération, augmenté, le cas échéant, des droits ouverts pendant la période de détention provisoire. Ce décret fixe notamment la durée maximale d'incarcération ouvrant droit au bénéfice de ces dispositions et la durée de maintien des droits aux prestations en espèces pour les personnes n'ayant pas repris d'activité professionnelle à la fin de leur incarcération. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 311-5 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elle continue à en bénéficier, en cas de reprise d'une activité insuffisante pour justifier des conditions d'ouverture du droit à prestation fixées à l'article L. 313-1, pendant une durée déterminée par décret en Conseil d'Etat. »

III. – Le cinquième alinéa de l'article L. 323-4 du même code est supprimé.

IV. – L'article L. 361-2 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 361-2.* – Dans le cas où, entre la date de cessation d'activité et le décès de l'assuré, survient une augmentation générale des salaires, ce capital fait l'objet d'une révision. »

V. – Les dispositions du III ne s'appliquent pas aux arrêts de travail en cours d'indemnisation depuis plus de six mois au 1^{er} janvier 2006.

VI. – L'article L. 381-30-1 du même code est ainsi modifié :

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

« Durant leur incarcération, les détenus titulaires d'une pension d'invalidité liquidée par le régime dont ils relevaient avant leur incarcération bénéficient du maintien de son versement. Leurs ayants droit bénéficient, le cas échéant, du capital-décès prévu à l'article L. 361-1. » ;

2° Au début du deuxième alinéa, le mot : « Toutefois » est remplacé par les mots : « Par dérogation au premier alinéa ».

Article 35

Le cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, l'article L. 162-26, les dépassements d'honoraires prévus au 18° de l'article L. 162-5 et le huitième alinéa de l'article L. 324-1 du même code ne sont pas applicables aux soins nécessaires au traitement de l'affection des patients reconnus atteints d'une affection mentionnée aux 3° et 4° de l'article L. 322-3 du même code avant le 15 novembre 2005 et ayant désigné leur médecin traitant, et ce, jusqu'à la remise du protocole de soins, et au plus tard jusqu'au 1^{er} juillet 2008.

Article 36

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005.]

Article 37

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

« Art. L. 162-1-7-1. – Les règles de hiérarchisation des actes effectués par les directeurs de laboratoire mentionnés à l'article L. 162-14 sont arrêtées par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis de la commission mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 162-1-7. »

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

« Art. L. 162-2-2. – Le médecin qui prescrit des soins de masso-kinésithérapie doit se conformer, pour apprécier l'opportunité de recourir, pour son patient, à une hospitalisation en vue de la dispensation des soins de suite ou de réadaptation mentionnés à l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, aux recommandations établies par la Haute Autorité de santé. »

III. – Après la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 162-5-3 du même code, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Les médecins exerçant dans le cadre de la même spécialité au sein d'un cabinet médical situé dans les mêmes locaux ou dans un centre de santé mentionné à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique peuvent être conjointement désignés médecins traitants. »

IV. – Dans l'article L. 4151-4 du code de la santé publique, après les mots : « peuvent prescrire », sont insérés les mots : « les dispositifs médicaux, dont la liste est fixée par l'autorité administrative, et ».

V. – La première phrase du 4° du I de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « qui peut être modulée en fonction de leur niveau d'activité et de leurs modalités d'exercice, notamment pour favoriser l'exercice regroupé ».

VI. – L'article L. 182-4 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'Union nationale des professionnels de santé reçoit une contribution à son fonctionnement de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Le montant de cette contribution est défini par l'accord mentionné à l'article L. 162-1-13 ou, à défaut, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale. »

Article 38

I. – L'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° La deuxième phrase du premier alinéa est supprimée ;

2° La première phrase du second alinéa est ainsi rédigée :

« Un accord conventionnel interprofessionnel mentionné à l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale ou les conventions mentionnées aux articles L. 162-5 et L. 162-9 du même code déterminent pour les médecins qualifiés en stomatologie et pour les chirurgiens-dentistes la nature, les modalités et les conditions de mise en œuvre de cet examen. »

II. – L'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi demeure en vigueur, respectivement pour chacune des professions concernées, jusqu'à la publication des dispositions conventionnelles prises en application du 2° du I.

III. – L'article L. 162-1-12 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Art. L. 162-1-12. – L'examen bucco-dentaire de prévention mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique ainsi que les soins dentaires réalisés dans les six mois suivant cet examen, à l'exception des soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, sont pris en charge en totalité par les régimes obligatoires de l'assurance maladie et maternité, et les bénéficiaires de ces actes sont dispensés de l'avance des frais. »

Article 39

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005.]

Article 40

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

« *Art. L. 162-22-7-1.* – Le Comité économique des produits de santé peut fixer pour chacun des médicaments ou produits et prestations pris en charge en sus des prestations d'hospitalisation le montant des dépenses des régimes obligatoires de sécurité sociale au-delà duquel il peut décider de baisser le tarif de responsabilité mentionné aux articles L. 162-16-6 et L. 165-7. Les entreprises peuvent toutefois solliciter auprès du Comité économique des produits de santé de verser sous forme de remise à l'assurance maladie un montant égal à la perte de chiffre d'affaires annuel qui résulterait de l'application de la décision de baisse tarifaire. »

Article 41

I. – Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale peuvent décider le maintien temporaire de la prise en charge de certaines spécialités pharmaceutiques inscrites sur la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale dont le service médical rendu, apprécié par la Commission de la transparence, est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles.

Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques concernées. Par dérogation au deuxième alinéa du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations est fixée à 85 % pour ces spécialités.

II. – Les dispositions prévues au dernier alinéa de l'article L. 871-1 du même code ne s'appliquent pas aux spécialités mentionnées au I du présent article.

Par dérogation à l'article 6 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, l'organisme peut décider, lors du renouvellement du contrat, que tout ou partie de la participation de l'assuré en application du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale n'est pas pris en charge pour ces spécialités.

III. – La radiation des spécialités concernées de la liste prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ainsi que celle de leurs génériques au sens du 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique, inscrits le cas échéant sur la même liste postérieurement à la publication de l'arrêté mentionné au deuxième alinéa du I du présent article, intervient au plus tard le 1^{er} janvier 2008.

Article 42

I. – Après l'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-5-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-5-4.* – Un décret prévoit la durée pendant laquelle les dispositions prises en application du 18° de l'article L. 162-5, du cinquième alinéa de l'article L. 162-5-3 et du troisième alinéa de l'article L. 162-26 ne sont pas applicables aux consultations assurées ou prescrites par un médecin généraliste installé pour la première fois en exercice libéral. Il prévoit également la durée pendant laquelle les mêmes dispositions ne sont pas applicables à un médecin généraliste qui s'installe dans une zone définie par la mission régionale de santé mentionnée à l'article L. 162-47. »

II. – Dans le 4° du I de l'article L. 162-14-1 du même code, après les mots : « à l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, », sont insérés les mots : « ou le remplacement de professionnels de santé libéraux, ».

Article 43

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

1° Les deux premiers alinéas du IV sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour les années 2005 à 2012, 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 mentionnés au d de l'article L. 162-22-6 du même code. La convergence doit être achevée au plus tard en 2012.

« L'Etat fixe les règles générales de modulation du taux moyen régional de convergence entre les établissements de la région. Le taux moyen de convergence des coefficients de transition des établissements pour lesquels ce coefficient est inférieur à un peut excéder le taux moyen régional de convergence, à la condition que la masse financière supplémentaire résultant de ce dépassement soit prélevée sur les établissements pour lesquels le coefficient de transition est supérieur à un. Ce prélèvement résulte de l'application d'un taux de convergence pour ces derniers établissements supérieur au taux moyen régional.

« Un décret en Conseil d'Etat fixe les dispositions d'application du présent IV. ».

2° Le dernier alinéa du A du V est ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions des quatre alinéas précédents, les prestations de prélèvement d'organes ou de tissus et celles afférentes à certains modes de prise en charge alternatifs à l'hospitalisation complète dont la liste est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont facturées dans leur intégralité sur la base des tarifs fixés en application des dispositions du 1° du I de l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. »

II. – L'article L. 6114-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans le cinquième alinéa, après les mots : « A défaut de signature du contrat ou de l'avenant dans ce délai, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés », sont insérés les mots : « ainsi que les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs » ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Lors du renouvellement du contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1, les objectifs quantifiés mentionnés à l'alinéa précédent sont révisés.

« Lors du renouvellement de l'autorisation prévu à l'article L. 6122-10, ou lorsque l'autorisation a fait l'objet de la révision prévue à l'article L. 6121-2 ou à l'article L. 6122-12, les objectifs quantifiés fixés par le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens, relatifs à l'activité de soins ou l'équipement matériel lourd faisant l'objet de l'autorisation, sont révisés dans les trois mois suivant le renouvellement ou la décision de révision de l'autorisation. »

III. – Le deuxième alinéa de l'article L. 6122-8 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Dans ce cas, l'autorisation prévoit les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs. »

IV. – Pour les titulaires d'autorisations mentionnées à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique, les objectifs quantifiés prévus au cinquième alinéa de l'article L. 6114-2 du même code, ainsi que les pénalités applicables en cas de non-respect de ces objectifs sont fixés, au plus tard le 31 mars 2007, dans le contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens prévu à l'article L. 6114-1 du même code. A défaut de signature de ce contrat au 31 mars 2007, l'agence régionale de l'hospitalisation inscrit ces objectifs quantifiés, ainsi que les pénalités, dans l'autorisation mentionnée à l'article L. 6122-1 du même code, dans les trois mois qui suivent. A titre transitoire, jusqu'à la conclusion de ce contrat ou de cet avenant, les titulaires de l'autorisation mentionnée à la phrase précédente demeurent tenus au respect de la capacité des installations autorisées.

V. – L'article 23 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005 est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « pendant une durée de deux mois » sont supprimés ;

2° A la fin du même alinéa, les mots : « , en raison de la non-transmission par voie électronique ou de l'impossibilité de traitement des bordereaux de facturation liée à la mise en œuvre de cette nouvelle classification » sont supprimés ;

3° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Ces avances de trésorerie peuvent être consenties jusqu'au 31 décembre 2005. Elles accompagnent les réformes de la tarification à l'activité et de la classification commune des actes médicaux en remédiant aux difficultés de transmission par voie électronique et aux difficultés de traitement des bordereaux de facturation. »

VI. – Dans le troisième alinéa du 2° de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « trois ans ».

VII. – Dans le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-7 du même code, les mots : « établi par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation » sont remplacés par les mots : « établi conjointement par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et l'assurance maladie ».

VIII. – Après le III de l'article L. 315-1 du même code, il est inséré un III *bis* ainsi rédigé :

« III *bis*. Le service du contrôle médical procède auprès des établissements de santé visés à l'article L. 162-22-6, des pharmaciens et des distributeurs de produits ou prestations, dans le respect des règles déontologiques, aux contrôles nécessaires en matière de délivrance et de facturation de médicaments, produits ou prestations donnant lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie. »

IX. – A la fin du premier alinéa de l'article L. 6113-8 du code de la santé publique, les mots : « et à l'évaluation de la qualité des soins » sont remplacés par les mots : « , à l'évaluation de la qualité des soins ainsi qu'au contrôle de leur activité et de leurs facturations ».

X. – Après l'article L. 6143-3-1 du même code, il est inséré un article L. 6143-3-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 6143-3-2. – Le directeur de la caisse régionale d'assurance maladie peut demander au directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation d'engager les procédures prévues par les dispositions des articles L. 6143-3, L. 6143-3-1 et L. 6161-3-1.

« Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation doit, en cas de refus, présenter un avis motivé à la commission exécutive de l'agence. »

Article 44

L'article L. 6113-10 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« *Art. L. 6113-10.* – Un groupement pour la modernisation du système d'information est chargé de concourir, dans le cadre général de la construction du système d'information de santé, à la mise en cohérence, à l'interopérabilité, à l'ouverture et à la sécurité des systèmes d'information utilisés par les établissements de santé, ainsi qu'à l'échange d'informations dans les réseaux de soins entre la médecine de ville, les établissements de santé et le secteur médico-social afin d'améliorer la coordination des soins. Sous réserve des dispositions du présent article, il est soumis aux dispositions des articles L. 341-1 à L. 341-4 du code de la recherche. La convention constitutive du groupement est approuvée par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Ce groupement est constitué sous la forme d'un groupement d'intérêt public entre les établissements de santé publics et privés.

« Les organisations représentatives des établissements membres du groupement figurant sur une liste arrêtée par le ministre chargé de la santé désignent les représentants des membres à l'assemblée générale et au conseil d'administration.

« Le financement du groupement est notamment assuré par un fonds constitué des disponibilités portées, ou qui viendraient à être portées, au compte ouvert dans les écritures de la Caisse des dépôts et consignations dans le cadre des procédures de liquidation de la gestion du conseil de l'informatique hospitalière et de santé, du fonds mutualisé et du fonds d'aide à la réalisation de logiciels. L'assemblée générale décide les prélèvements effectués sur ce fonds qui contribuent à la couverture des charges du groupement. Les prélèvements ne donnent lieu à la perception d'aucune taxe, d'aucun droit de timbre ou d'enregistrement.

« Le financement du groupement peut être également assuré par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

« Ce groupement est soumis au contrôle de la Cour des comptes dans les conditions prévues à l'article L. 133-2 du code des juridictions financières et au contrôle de l'inspection générale des affaires sociales. Lors de la dissolution du groupement, ses biens reçoivent une affectation conforme à son objet. »

Article 45

Dans la dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-22-13 du code de la sécurité sociale, les mots : « et de celle du montant des dotations régionales » sont remplacés par les mots : « , de celle du montant des dotations régionales et de celle du montant des dotations attribuées à chaque établissement ».

Article 46

I. – Dans le 3^o de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « et au 2^o de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique » sont supprimés.

II. – Dans le dernier alinéa de l'article L. 174-5 du code de la sécurité sociale, les mots : « défini à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles » sont remplacés par les mots : « mentionné à l'article L. 174-1-1 ».

III. – Par dérogation à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, au vu du résultat des analyses transversales réalisées, à partir du référentiel définissant les caractéristiques des personnes relevant de soins de longue durée arrêté par les ministres chargés des personnes âgées, de la santé et de la sécurité sociale, après avis des fédérations d'établissements les plus représentatives, sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie présents au niveau régional, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le préfet du département fixent conjointement au 1^{er} janvier 2007, par établissement et après avis de son organe délibérant s'il est transmis avant le 15 septembre 2006, en tenant compte du schéma régional d'organisation sanitaire et du programme interdépartemental d'accompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie, la répartition des capacités d'accueil et des crédits relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale.

IV. – Pour les établissements pour lesquels la répartition prévue au III n'est pas intervenue au 1^{er} janvier 2007, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation arrête, avant le 1^{er} avril 2007, la répartition des capacités d'accueil et des crédits relevant respectivement des objectifs mentionnés aux articles L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles et L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale. Cet arrêté prend effet au 31 décembre 2007.

V. – Les répartitions prévues aux III et IV peuvent correspondre à la transformation en tout ou partie de l'activité de soins de longue durée en places d'établissements mentionnés au 6^o et au 7^o du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles ou à la réorientation de cette activité vers d'autres établissements de santé. Les décisions de l'Etat mentionnées aux III et IV valent autorisation au sens de l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles pour les établissements auxquels elles s'appliquent, sans préjudice de la modification de l'autorisation prévue à l'article L. 6122-1 du code de la santé publique.

Article 47

L'article L. 162-1-10 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

« Les modes de rémunération particuliers et leur montant sont déterminés par un accord au conventionnel interprofessionnel prévu au II de l'article L. 162-14-1 ou des contrats de santé publique prévus à l'article L. 162-12-20. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret. »

Article 48

I. – 1. Dans le I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « avant le 31 décembre 2005, ou avant le 31 décembre 2006 pour les établissements mentionnés à l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation » sont remplacés par les mots : « au plus tard le 31 décembre 2007 ».

2° Après le I du même article, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

« I *bis*. – 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 2005 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux et, d'autre part, accueillent un nombre de personnes âgées dépendantes dans une proportion supérieure au seuil mentionné au I et dans une proportion inférieure à un seuil fixé par décret, peuvent déroger à l'obligation de passer une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente de l'Etat et aux règles mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 314-2.

« Lorsqu'un établissement opte pour la dérogation prévue à l'alinéa précédent, les résidents bénéficient, le cas échéant, de l'allocation personnalisée d'autonomie dans les conditions prévues aux articles L. 232-3 à L. 232-7.

« Lorsqu'un établissement opte pour la convention pluriannuelle mentionnée au I, celle-ci peut ne porter que sur la capacité d'accueil correspondant à l'hébergement de personnes âgées dépendantes. Un décret définit le niveau de dépendance des résidents concernés ainsi que les conditions architecturales requises.

« Pour les établissements qui n'ont pas été autorisés à dispenser des soins et ayant opté pour la dérogation mentionnée au premier alinéa, ainsi que pour la partie de la capacité d'accueil non couverte par la convention en application du troisième alinéa, un décret précise, le cas échéant, les modalités de prise en compte des financements de l'assurance maladie attribués conformément aux dispositions de 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.

« Les établissements mentionnés au premier alinéa, ayant opté pour la dérogation, doivent répondre à des critères de fonctionnement, notamment de qualité, définis par un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes âgées.

« Les établissements mentionnés au premier alinéa exercent leur droit d'option dans des conditions et à une date fixées par décret. »

II. – Le dernier alinéa de l'article L. 314-8 du même code est ainsi rédigé :

« Dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ne comprennent pas l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation de médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables mentionnées à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, ni ceux des produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code, à l'exception de certains dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté. Ces dispositions sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2007. »

III. – Après le 3° de l'article L. 4231-1 du code de la santé publique, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° De contribuer à promouvoir la santé publique et la qualité des soins, notamment la sécurité des actes professionnels. »

IV. – L'article L. 4231-2 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Afin de favoriser la qualité des soins et de la dispensation des médicaments, produits et objets définis à l'article L. 4211-1, il contribue au développement des moyens destinés à faciliter la mise en œuvre du dossier médical personnel mentionné à l'article L. 161-36-1 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de l'exercice de la profession de pharmacien et des articles L. 161-36-1 à L. 161-36-4 du même code. »

V. – 1. Après l'article L. 162-16-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-16-7 ainsi rédigé :

« Art. L. 162-16-7. – Un accord national conclu entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des pharmaciens d'officine et soumis à l'approbation

des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe annuellement des objectifs chiffrés moyens relatifs à la délivrance par les pharmaciens de spécialités génériques figurant dans un groupe générique prévu au 5° de l'article L. 5121-1 du code de la santé publique non soumis au tarif forfaitaire de responsabilité prévu par l'article L. 162-16 du présent code.

« Ces objectifs peuvent, le cas échéant, faire l'objet d'une modulation en fonction des spécificités propres à certaines zones géographiques et notamment du niveau constaté de délivrance des spécialités mentionnées au précédent alinéa. »

2. Le deuxième alinéa (1°) de l'article L. 182-2-4 du même code est complété par les mots : « ainsi que l'accord national mentionné à l'article L. 162-16-7 ».

Article 49

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005.]

Article 50

I. – Le deuxième alinéa de l'article L. 3121-5 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Les dépenses afférentes aux missions des centres mentionnés par le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans préjudice d'autres participations, notamment des collectivités territoriales. Pour le financement de ces dépenses, il n'est pas 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. »

II. – Dans l'attente de l'arrêté fixant la dotation globale pour l'année 2006, les caisses d'assurance maladie versent à chaque structure de réduction des risques pour usagers de drogue, dont les missions correspondent à celles définies conformément à l'article L. 3121-5 du code de la santé publique et antérieurement financée par l'Etat, des acomptes mensuels sur la dotation globale de financement égaux au douzième de la participation de l'Etat allouée à chaque structure. Tout refus d'autorisation d'un centre met fin à son financement par l'assurance maladie.

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

1° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 162-43, les mots : « l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 314-3 » sont remplacés par les mots : « les objectifs de dépenses mentionnés respectivement aux articles L. 314-3 et L. 314-3-2 » ;

2° L'article L. 174-9-1 est ainsi modifié :

a) Dans le premier alinéa, après les mots : « L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles », sont insérés les mots : « , ainsi que les structures dénommées "lits halte soins santé" et les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du même code » ;

b) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« La répartition des sommes versées à ces établissements au titre de l'alinéa précédent entre les régimes d'assurance maladie est effectuée chaque année suivant la répartition qui résulte de l'application de l'article L. 174-2. »

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

1° Dans le 9° du I de l'article L. 312-1, après les mots : « centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie », sont insérés les mots : « , les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue, les structures dénommées "lits halte soins santé" » ;

2° Dans le cinquième alinéa de l'article L. 313-1, après les mots : « centres de soins spécialisés aux toxicomanes », sont insérés les mots : « et aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue » ;

3° Dans les cinquième, septième et huitième alinéas de l'article L. 313-4, après la référence : « L. 314-3 », est insérée la référence « , L. 314-3-2 » ;

4° Le quatrième alinéa de l'article L. 313-8 est complété par les mots : « et à l'article L. 314-3-2 » ;

5° Après l'article L. 314-3-1, sont insérés deux articles L. 314-3-2 et L. 314-3-3 ainsi rédigés :

« Art. L. 314-3-2. – Chaque année, dans les quinze jours suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale, les ministres chargés de la sécurité sociale, de l'action sociale, de l'économie et du budget arrêtent, d'une part, l'objectif de dépenses correspondant au financement, par les régimes obligatoires d'assurance maladie, des établissements et des actions expérimentales mentionnés à l'article L. 314-3-3 et, d'autre part, le montant total annuel des dépenses prises en compte pour le calcul des dotations globales, forfaits, prix de journée et tarifs afférents aux prestations servies par ces mêmes établissements.

« L'objectif susmentionné est fixé en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement et après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale. Il prend en compte l'impact des éventuelles modifications des règles de tarification des prestations, ainsi que celui des changements de régime de financement des établissements et services concernés.

« Le montant total annuel susmentionné est constitué en dotations régionales limitatives. Le montant de ces dotations est fixé par les ministres chargés de l'action sociale et de la sécurité sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations définies par les schémas prévus à l'article L. 312-5, des priorités définies au niveau national, en tenant compte de l'activité et des coûts moyens des établissements et services, et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions.

« Chaque dotation régionale est répartie par le représentant de l'Etat dans la région, après avis du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et des représentants de l'Etat dans les départements, en dotations départementales limitatives. Ces dotations départementales peuvent, dans les mêmes conditions, être réparties par le représentant de l'Etat dans le département en dotations affectées par catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations.

« Art. L. 314-3-3. – Relèvent de l'objectif et du montant total mentionnés à l'article L. 314-3-2 les établissements suivants :

« 1° Les centres spécialisés de soins aux toxicomanes mentionnés à l'article L. 314-8 ;

« 2° Les centres de cure ambulatoire en alcoologie mentionnés à l'article L. 3311-2 du code de la santé publique ;

« 3° Les appartements de coordination thérapeutique, les centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue et les structures dénommées "lits halte soins santé" mentionnés au 9° du I de l'article L. 312-1 du présent code.

« Relèvent également du même objectif les actions expérimentales de caractère médical et social mentionnées à l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale. » ;

6° Dans les II et III de l'article L. 314-7, après la référence : « L. 314-3 », est insérée la référence : « , L. 314-3-2 » ;

7° Dans le sixième alinéa de l'article L. 314-8, après les mots : « centres de soins spécialisés aux toxicomanes », sont insérés les mots : « et des structures dénommées "lits halte soins santé" ».

V. – Au cinquième alinéa de l'article L. 313-1 et au sixième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, ainsi qu'au premier alinéa de l'article L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « de soins spécialisés » sont remplacés par les mots : « spécialisés de soins ».

Article 51

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

1° Le *b* du 1 du I est complété par les mots : « et une contribution, par voie de fonds de concours créé par l'Etat en 2006, au financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L. 114-1-1 » ;

2° Après le *b* du III, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Est également retracée en charges la subvention due à la Caisse nationale d'allocations familiales en application de l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale. »

II. – 1. Dans le 3° de l'article L. 314-3-1 du même code, après le mot : « établissements », sont insérés les mots : « et services ».

2. Les dispositions du présent II entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

III. – Le décret pris pour l'application du IV de l'article 100 de la loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées précise les conditions du report des excédents de l'exercice 2005 dans les deux sous-sections mentionnées au V de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles. Ces crédits peuvent être utilisés, selon une procédure fixée par arrêté des ministres chargés des personnes âgées et des personnes handicapées, après avis de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, au financement d'opérations d'investissement et d'équipement, pour la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1 du même code ainsi que des établissements relevant conjointement du 6° du I de l'article L. 312-1 dudit code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation et ceux relevant du 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

Article 52

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

1° Le 6° est abrogé ;

2° Le 7° devient le 6°.

Article 53

I. – L'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le II, le taux : « 1,75 % » est remplacé par le taux : « 2,5 % » ;

2° Dans le III, le montant : « 76,13 € » est remplacé par le montant : « 85 € ».

II. – Dans le troisième alinéa de l'article L. 863-1 du même code, les montants : « 150 € », « 75 € » et « 250 € » sont remplacés, respectivement, par les montants : « 200 € », « 100 € » et « 400 € ».

Article 54

I. – Dans l'intitulé du titre VII du livre VIII du code de la sécurité sociale, les mots : « de santé » sont supprimés.

II. – Le II de l'article 57 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Toutefois, entrent en vigueur au 1^{er} juillet 2006 :

« 1° Les dispositions concernant la prise en charge des prestations liées à la prévention visées au dernier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale ;

« 2° Les dispositions prévues au I du présent article pour les garanties en cours au 1^{er} janvier 2006 et instituées à titre obligatoire par une convention collective de branche ou un accord collectif professionnel ou interprofessionnel. »

III. – L'article 6-1 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques est ainsi modifié :

1° Les mots : « , avec les mêmes prestations et » sont supprimés ;

2° Sont ajoutés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les prestations prises en charge dans ce cadre sont identiques à celles définies à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, à l'exception de celles qui ne sont pas conformes aux règles définies à l'article L. 871-1 du même code.

« Cette disposition est applicable aux contrats et adhésions souscrits à partir du 1^{er} janvier 2006. Les contrats et adhésions de prolongation en cours à cette date bénéficient jusqu'à leur terme en 2006 de l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance mentionnée au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale. »

IV. – Les contrats, les bulletins d'adhésion ou les règlements comportant exclusivement des garanties prenant en charge les dépenses occasionnées lors d'une hospitalisation ou prenant exclusivement en charge des spécialités ou dispositifs inscrits sur les listes prévues aux articles L. 162-17 et L. 165-1 du code de la sécurité sociale doivent se mettre en conformité avec les dispositions prévues à l'article L. 871-1 du même code au plus tard le 1^{er} janvier 2008. Jusqu'à cette date, ces contrats, bulletins d'adhésion ou règlements bénéficient des exonérations fiscales et sociales mentionnées au premier alinéa de l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale.

V. – Dans le I de l'article L. 162-5-13 du code de la sécurité sociale, après les mots : « exigence particulière du patient », sont insérés les mots : « , notamment en cas de visite médicalement injustifiée, ».

VI. – Après le quatrième alinéa de l'article L. 861-3 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La prise en charge prévue au 1° ci-dessus peut être limitée par décret en Conseil d'Etat afin de respecter les dispositions de l'article L. 871-1 et de prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé. »

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

a) Dans l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-3, le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « six » ;

b) Dans la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 165-6, le mot : « cinquième » est remplacé par le mot : « sixième ».

2. Dans l'article 6-3 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 précitée, le mot : « huitième » est remplacé par le mot : « neuvième » et le mot : « cinq » est remplacé par le mot : « six ».

VIII. – Le cinquième alinéa de l'article L. 112-3 du code des assurances est complété par quatre phrases ainsi rédigées :

« Par dérogation, la modification proposée par l'assureur d'un contrat complémentaire santé individuel ou collectif visant à le mettre en conformité avec les règles fixées par le décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale est réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur. L'assureur informe par écrit le souscripteur des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques, sociales, fiscales et tarifaires qui résultent de ce choix en application du même article. Ce dernier dispose d'un délai de trente jours pour refuser par écrit cette proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai précité de trente jours et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des adhérents ou affiliés par le souscripteur. »

Article 55

Après le premier alinéa de l'article L. 182-3 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire rend un avis motivé et public sur les projets de loi relatifs à l'assurance maladie et de financement de la sécurité sociale.

« Ces avis sont rendus dans les mêmes conditions que les avis mentionnés à l'article L. 200-3. »

Article 56

Le troisième alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette disposition n'est toutefois pas applicable lorsqu'en vertu du 1^o de l'article L. 322-3 la participation de l'assuré à l'occasion d'une hospitalisation est limitée au motif que la dépense demeurant à sa charge dépasse un certain montant. »

Article 57

L'article L. 2133-1 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1^o Le premier alinéa est ainsi rédigé :

« Les messages publicitaires en faveur de boissons avec ajouts de sucres, de sel ou d'édulcorants de synthèse ou de produits alimentaires manufacturés doivent contenir une information à caractère sanitaire. Dans le cas des messages publicitaires télévisés ou radiodiffusés, cette obligation ne s'applique qu'aux messages émis et diffusés à partir du territoire français et reçus sur ce territoire. La même obligation d'information s'impose à toute promotion, destinée au public, par voie d'imprimés et de publications périodiques édités par les producteurs ou distributeurs de ces produits. » ;

2^o Au deuxième alinéa, après les mots : « Les annonceurs », sont insérés les mots : « et les promoteurs » ;

3^o Les troisième et quatrième alinéas sont remplacés par trois alinéas ainsi rédigés :

« La contribution prévue à l'alinéa précédent est assise, s'agissant des messages publicitaires, sur le montant annuel des sommes destinées à l'émission et à la diffusion de ces messages, hors remise, rabais, ristourne et taxe sur la valeur ajoutée, payées par les annonceurs. Le montant de cette contribution est égal à 1,5 % du montant de ces sommes.

« La contribution prévue au deuxième alinéa est assise, s'agissant des autres types de promotion de ces produits, sur la valeur hors taxe sur la valeur ajoutée des dépenses de réalisation et de distribution qui ont été engagées au titre de l'année civile précédente, diminuée des réductions de prix obtenues des fournisseurs qui se rapportent expressément à ces dépenses. La base d'imposition des promoteurs qui effectuent tout ou partie des opérations de réalisation et de distribution avec leurs propres moyens d'exploitation est constituée par le prix de revient hors taxe sur la valeur ajoutée de toutes les dépenses ayant concouru à la réalisation desdites opérations. Le taux de la contribution est fixé à 1,5 % du montant hors taxe sur la valeur ajoutée de ces dépenses.

« Le fait générateur est constitué par la diffusion des messages publicitaires ou la mise à disposition des documents visés au premier alinéa. La contribution est exigible au moment du paiement par l'annonceur aux régies ou au moment de la première mise à disposition des documents visés. La contribution est déclarée, liquidée, recouvrée et contrôlée selon les procédures et sous les mêmes sanctions, garanties et privilèges que la taxe sur la valeur ajoutée. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à cette même taxe. Il est opéré un prélèvement de 1,5 % effectué par l'Etat sur le montant de cette contribution pour frais d'assiette et de recouvrement. »

Article 58

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005.]

Article 59

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005.]

Article 60

I. – 1. L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) devient l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, inséré après l'article L. 221-1 du même code.

2. Le même article est ainsi modifié :

1^o Dans le I, les mots : « , pour une durée de neuf ans à compter du 1^{er} janvier 1999 » sont supprimés ;

2^o Le deuxième alinéa du II est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Jusqu'au 31 décembre 2006, il peut également contribuer à la mise en œuvre du dossier médical personnel, au sens des articles L. 161-36-1 et suivants du présent code. » ;

3° Dans le troisième alinéa du II, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa du présent II » ;

4° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonds peut attribuer des aides pour le financement des structures participant à la permanence des soins, notamment des maisons médicales. Il peut aussi contribuer au financement de toute action visant à favoriser une bonne répartition des professionnels de santé sur le territoire, en milieu urbain tout comme en milieu rural. » ;

5° Dans le III, les mots : « , et pour 1999 à 500 millions de francs » sont supprimés.

II. – 1. Dans le cinquième alinéa de l'article L. 6121-9 du code de la santé publique, la référence : « 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 » est remplacée par la référence : « L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale ».

2. Dans le douzième alinéa de l'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale, la référence : « 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) » est remplacée par la référence : « L. 221-1-1 ».

III. – Pour 2006, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 165 millions d'euros.

Ce fonds est doté de 110 millions d'euros au titre de l'année 2006.

Article 61

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 mentionné à l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est fixé, pour l'année 2006, à 327 millions d'euros.

Article 62

Dans le premier alinéa de l'article L. 3111-4 du code de la santé publique, les mots : « ou de soins » sont remplacés par les mots : « de soins ou hébergeant des personnes âgées ».

Article 63

A la fin du premier alinéa de l'article L. 3111-4 du code de la santé publique, les mots : « et la poliomyélite » sont remplacés par les mots : « , la poliomyélite et la grippe ».

Article 64

La contribution de l'assurance maladie au fonds de concours mentionné à l'article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est fixée pour 2006 à 175 millions d'euros.

Cette contribution est répartie entre les différents régimes d'assurance maladie selon les règles mises en œuvre au titre de l'année 2004 pour l'application de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Article 65

La dispense d'avance de frais totale ou partielle consentie à l'assuré est subordonnée, à compter du 1^{er} juillet 2007, à la vérification préalable par les pharmaciens d'officine lors de leur facturation :

1° De la non-inscription de la carte de l'assuré sur la liste d'opposition mentionnée à l'article L. 161-31 du code de la sécurité sociale ;

2° Du respect de l'ensemble des conditions auxquelles est soumise la prise en charge des prestations délivrées, notamment des exigences prévues aux articles L. 162-17, L. 165-1 et L. 324-1 du même code.

Les modalités d'application du présent article sont déterminées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Article 66

Pour l'année 2006, les objectifs de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 153,4 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 131,9 milliards d'euros.

Article 67

Pour l'année 2006, 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.....	65,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.....	45,8
Autres dépenses relatives aux établissements de santé.....	17,9
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées.....	4,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées.....	6,6
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge.....	0,7
Total.....	140,7

Article 68

La deuxième phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « et tient compte notamment des créations et fermetures d'établissements ».

Article 69

L'article L. 111-11 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « Chaque caisse nationale » sont remplacés par les mots : « L'Union nationale des caisses » et les mots : « l'évolution de ses charges et de ses produits » sont remplacés par les mots : « l'évolution des charges et des produits de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole » ;

2° Dans le second alinéa, les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés » sont remplacés par les mots : « l'Union nationale des caisses d'assurance maladie » et les mots : « de son conseil de surveillance mentionné à l'article L. 228-1 » sont remplacés par les mots : « du conseil mentionné à l'article L. 182-2-2 ».

Article 70

I. – Dans la première phrase du deuxième alinéa du I de l'article L. 322-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « et peut être, dans les cas mentionnés à l'article L. 322-3, réduite ou supprimée, » sont supprimés.

II. – Dans la première phrase de l'article L. 322-3 du même code, après les mots : « limitée ou supprimée », sont insérés les mots : « dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, pris après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire, ».

III. – Dans le 3° de l'article L. 182-2 du même code, les mots : « des articles L. 322-2 et L. 322-3 » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 322-2 ».

IV. – Dans le deuxième alinéa de l'article L. 182-3 du même code, les références : « L. 322-2, L. 322-3 » sont remplacées par la référence : « L. 322-2 ».

Article 71

La deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 245-6 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigée :

« Les montants maximums, les tarifs et les taux de prise en charge sont fixés par arrêtés du ministre chargé des personnes handicapées. »

Article 72

Le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, créé auprès des ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie, a pour missions :

1° D'évaluer le système d'assurance maladie et ses évolutions ;

2° De décrire la situation financière et les perspectives des régimes d'assurance maladie et d'apprécier les conditions requises pour assurer leur pérennité à terme ;

3° De veiller à la cohésion du système d'assurance maladie au regard de l'égal accès à des soins de haute qualité et d'un financement juste et équitable ;

4° De formuler, le cas échéant, des recommandations ou propositions de réforme de nature à répondre aux objectifs de cohésion sociale et de pérennité financière des régimes d'assurance maladie.

Le haut conseil remet chaque année aux ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie un rapport analysant la situation de l'assurance maladie et proposant les adaptations nécessaires pour assurer ses objectifs de cohésion sociale et son équilibre financier. Ce rapport est communiqué au Parlement et rendu public.

Le haut conseil peut être saisi de toute question par le Premier ministre ou les ministres chargés de la santé et de l'assurance maladie.

Sa composition et ses modalités de fonctionnement sont fixées par décret.

Article 73

I. – L'article L. 331-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Quand la naissance de l'enfant a lieu plus de six semaines avant la date présumée de l'accouchement, la période pendant laquelle la mère perçoit l'indemnité journalière de repos est augmentée du nombre de jours courant entre la naissance de l'enfant et six semaines avant la date présumée de l'accouchement. »

II. – Dans l'article L. 122-26 du code du travail, les mots : « et la date prévue » sont remplacés par les mots : « et six semaines avant la date prévue ».

III. – *[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005.]*

IV. – L'article L. 732-12 du code rural est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Quand la naissance de l'enfant a lieu plus de six semaines avant la date présumée de l'accouchement, la durée d'attribution de l'allocation est augmentée du nombre de jours courant entre la naissance de l'enfant et six semaines avant la date présumée de l'accouchement. »

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 74

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° L'article L. 357-12 est ainsi modifié :

a) Après les mots : « les deuxième et quatrième alinéas de l'article L. 353-1 du présent code », sont insérés les mots : « dans leur rédaction en vigueur avant la publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1^{er} juillet 2004. » ;

2° L'article L. 357-4 est ainsi modifié :

a) Après la référence : « L. 351-1, », est insérée la référence : « L. 351-4-1, » ;

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article sont applicables aux pensions prenant effet après le 31 août 2003. »

Article 75

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

I. – L'intitulé du chapitre II du titre VIII du livre III est ainsi rédigé : « Personnes rattachées au régime général pour l'ensemble des risques ».

II. – L'intitulé de la section 1 du même chapitre est ainsi rédigé : « Artistes auteurs ».

III. – Il est inséré, au début de la section 1, une sous-section 1 intitulée : « Champ d'application » et comprenant l'article L. 382-1.

IV. – Les sections 2 à 7 du même chapitre deviennent, respectivement, les sous-sections 2 à 7 de la section 1.

V. – Le chapitre est complété par une section 2 intitulée « Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses ». Cette section comporte quatre sous-sections constituées dans les conditions suivantes :

A. – La sous-section 1 est intitulée : « Dispositions générales ». Elle comprend les articles L. 381-12, à l'exception de ses cinq derniers alinéas, L. 721-15-1, L. 721-2, L. 721-8-1, L. 381-14 et L. 381-15, qui sont ainsi modifiés :

1° L'article L. 381-12, à l'exception de ses cinq derniers alinéas, devient l'article L. 382-15 et est ainsi modifié :

- a) Les mots : « le chapitre I^{er} du titre II du livre VII » sont remplacés par les mots : « la présente section » ;
- b) Les mots : « d'un autre régime d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « d'un autre régime de base de sécurité sociale » ;
- c) La référence : « L. 721-2 » est remplacée par la référence : « L. 382-17 » ;

2° L'article L. 721-15-1 devient l'article L. 382-16. Dans cet article, la référence : « L. 721-1 » est remplacée par la référence : « L. 382-15 » et les mots : « aux régimes prévus aux articles L. 381-12 et L. 721-1 » sont remplacés par les mots : « au régime prévu par la présente section » ;

3° L'article L. 721-2 devient l'article L. 382-17. Dans le deuxième alinéa de cet article, après le mot : « sociale », sont insérés les mots : « , de l'intérieur » ;

4° L'article L. 721-8-1 devient l'article L. 382-18. Dans cet article, la référence : « L. 712-3 » est remplacée par la référence : « L. 382-25 » ;

5° Les articles L. 381-14 et L. 381-15 deviennent respectivement les articles L. 382-19 et L. 382-20. Dans l'article L. 381-14, la référence : « L. 381-12 » est remplacée par la référence : « L. 382-15 ».

B. – La sous-section 2 est intitulée : « Assurance maladie ». Elle comprend les cinq derniers alinéas de l'article L. 381-12 et les articles L. 381-17 et L. 381-18, qui sont ainsi modifiés :

1° Les cinq derniers alinéas de l'article L. 381-12 deviennent l'article L. 382-21. Dans cet article, les mots : « du présent article » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 382-15 » ;

2° Les articles L. 381-17 et L. 381-18 deviennent les articles L. 382-22 et L. 382-23, respectivement. Dans ces articles, les mots : « de la présente section » sont remplacés par les mots : « de la présente sous-section » ;

3° Dans la dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 381-17, la référence : « L. 381-12 » est remplacée par la référence : « L. 382-15 ». Dans le dernier alinéa du même article, la référence : « L. 721-3 » est remplacée par la référence : « L. 382-25 ».

C. – La sous-section 3 est intitulée : « Assurance invalidité ». Elle comprend l'article L. 381-18-1, qui devient l'article L. 382-24. Dans cet article, la référence : « L. 381-12 » est remplacée par la référence : « L. 382-15 » et le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« La pension d'invalidité est remplacée, à l'âge fixé en application du premier alinéa de l'article L. 351-1, par la pension de vieillesse prévue à la sous-section 4 de la présente section. ».

D. – La sous-section 4 est intitulée : « Assurance vieillesse ». Elle comprend les articles L. 721-3, L. 721-5-1, L. 721-6, L. 721-7, L. 721-8 et L. 721-15, qui sont ainsi modifiés :

1° L'article L. 721-3 devient l'article L. 382-25. Dans cet article, la référence : « L. 721-2 » est remplacée par la référence : « L. 382-17 », et les mots : « de la présente section et de la section 4 » sont remplacés par les mots : « de la présente sous-section ». Le 3° du I de ce même article est abrogé ;

2° L'article L. 721-5-1 devient l'article L. 382-26. Dans cet article, les mots : « visés au 3° de l'article L. 721-5 » sont remplacés par les mots : « atteints d'une incapacité totale ou partielle d'exercer dans les conditions prévues à l'article L. 382-24 » et les mots : « à l'article L. 381-18-1 » sont remplacés par les mots : « au même article » ;

3° L'article L. 721-6 devient l'article L. 382-27. Le premier alinéa de cet article est ainsi rédigé :

« Les personnes qui exercent ou qui ont exercé des activités mentionnées à l'article L. 382-15 reçoivent une pension de vieillesse dans les conditions définies aux articles L.351-1 à L. 351-1-3, au premier alinéa de l'article L. 351-2, aux 4°, 5° et 6° de l'article L. 351-3, aux articles L. 351-4, L. 351-4-1, L. 351-6, L. 351-8 à L. 351-13, L. 352-1, L. 353-1 à L. 353-5 et L. 355-1 à L. 355-3. »

La première phrase du dernier alinéa du même article est complétée par les mots : « sous réserve d'adaptation par décret » ;

4° L'article L. 721-7 devient l'article L. 382-28. Dans cet article, les mots : « de la présente section » sont remplacés par les mots : « de la présente sous-section » ;

5° L'article L. 721-8 devient l'article L. 382-29. Dans cet article, les mots : « du présent chapitre » sont remplacés par les mots : « de la présente section » et les mots : « audit chapitre » sont remplacés par les mots : « à la présente section » ;

6° L'article L. 721-15 devient l'article L. 382-30. Dans cet article, les mots : « l'article L. 721-1 » sont remplacés par les mots : « la présente sous-section ».

VI. – L'article L. 134-14, la section 4 du chapitre I^{er} du titre VIII du livre III et le chapitre I^{er} du titre II du livre VII sont abrogés.

VII. – Le premier alinéa de l'article L. 921-1 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces dispositions sont applicables aux personnes mentionnées à l'article L. 382-15 qui bénéficient d'un revenu d'activité perçu individuellement. »

Article 76

I. – Le chapitre V *ter* du titre I^{er} du livre VIII du code de la sécurité sociale issu de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse est abrogé.

II. – Dans le 1^o de l'article L. 135-2 du même code, dans sa rédaction issue du II de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 précitée, les mots : « aux chapitres V et V *ter* ; » sont remplacés par les mots : « au chapitre V ; ».

III. – L'article L. 816-1 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 816-1.* – Le présent titre est applicable aux personnes de nationalité étrangère sous réserve qu'elles répondent aux conditions prévues aux articles L. 262-9 et L. 262-9-1 du code de l'action sociale et des familles. »

Article 77

I. – La section 1 du chapitre V du titre IV du livre VI du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Section 1

« Dispositions générales

« *Art. L. 645-1.* – Les médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux mentionnés à l'article L. 722-1 et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins mentionnés à l'article L. 162-14 bénéficient d'un régime de prestations complémentaires de vieillesse propre à chacune de ces catégories professionnelles.

« Ces prestations ne peuvent être attribuées qu'à des médecins, chirurgiens-dentistes, sages-femmes, auxiliaires médicaux et directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales non médecins ayant exercé, au moins pendant une durée fixée par décret, une activité professionnelle non salariée dans le cadre des conventions ou adhésions personnelles mentionnées aux articles L. 722-1 et L. 162-14.

« Pour chacun des régimes mentionnés au premier alinéa, des décrets peuvent prévoir que les personnes dont l'activité non salariée ne constitue pas l'activité professionnelle principale ou dont le revenu professionnel non salarié est inférieur à un montant fixé par décret pourront demander à être dispensées de l'affiliation aux régimes prévus au présent chapitre.

« *Art. L. 645-2.* – Le financement des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1 est assuré par une cotisation forfaitaire annuelle obligatoire, distincte selon les régimes, dont le montant est fixé par décret.

« Le versement de cette cotisation annuelle ouvre droit, pour chacun des régimes, à l'acquisition d'un nombre de points dans des conditions déterminées par décret.

« *Art. L. 645-3.* – Pour chacun des régimes prévus au premier alinéa de l'article L. 645-1, une cotisation d'ajustement peut être appelée, dans des conditions fixées par décret, en sus de la cotisation prévue à l'article L. 645-2. Cette cotisation annuelle obligatoire est proportionnelle aux revenus que les intéressés tirent de l'activité mentionnée aux articles L. 722-1 et L. 162-14. Le versement de cette cotisation ne donne pas lieu à l'acquisition de points supplémentaires. Néanmoins, tout ou partie de cette cotisation peut ouvrir droit à des points supplémentaires dans des conditions fixées par décret, après avis des sections professionnelles des régimes mentionnés à l'article L. 645-1. Les caisses d'assurance maladie participent au financement de cette cotisation dans les conditions prévues au 5^o du I de l'article L. 162-14-1.

« *Art. L. 645-4.* – Les prestations complémentaires de vieillesse prévues au premier alinéa de l'article L. 645-1 et les pensions de réversion y afférentes sont servies aux intéressés par les sections professionnelles mentionnées à l'article L. 641-5, dans des conditions fixées par décret.

« *Art. L. 645-5.* – La valeur de service du point de retraite pour les prestations de droit direct et les pensions de réversion liquidées antérieurement au 1^{er} janvier 2006 est fixée par décret pour chacun des régimes.

« Les points non liquidés et acquis antérieurement au 1^{er} janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal à la somme des produits du nombre de points acquis chaque année par une valeur de service du point. Cette valeur, fixée par décret, peut varier selon l'année durant laquelle les points ont été acquis et selon l'année de liquidation de la pension.

« Les points acquis à compter du 1^{er} janvier 2006 ouvrent droit à un montant annuel de pension égal au produit du nombre de points portés au compte de l'intéressé par la valeur de service du point. Cette valeur de service est fixée par décret. »

II. – Dans le premier alinéa de l'article L. 645-6 du même code, les mots : « et rendus obligatoires en application de l'article L. 645-3 » sont supprimés.

III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2006.

Article 78

Pour l'année 2006, les objectifs de dépenses de la branche vieillesse sont fixés :

- 1^o Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 161,0 milliards d'euros ;
- 2^o Pour le régime général de la sécurité sociale, à 83,1 milliards d'euros.

Article 79

Après l'article L. 222-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 222-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 222-7.* – L'adossment d'un régime de retraite spécial ou de tout autre régime de retraite sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés est réalisé conformément aux dispositions de l'article L. 222-6 et respecte le principe de stricte neutralité financière de l'opération pour les assurés sociaux du régime général.

« La personne morale en charge, pour le régime adossé, de la gestion du risque vieillesse présente chaque année, dans le cadre de son rapport public annuel, l'ensemble des informations démographiques, financières et économiques permettant d'apprécier le respect du principe de stricte neutralité de l'adossment à l'égard des assurés sociaux relevant de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et des fédérations d'institutions de retraite complémentaire.

« La personne morale en charge, pour le régime adossé, de la gestion du risque vieillesse, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et les fédérations d'institutions de retraite complémentaire établissent un rapport sur la neutralité du dispositif d'adossment à l'égard des assurés sociaux relevant du régime général et des régimes de retraite complémentaire. A compter de la date d'entrée en vigueur de l'adossment, ces rapports sont adressés tous les cinq ans au Parlement. »

Article 80

L'article L. 222-6 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« L'opération définie au premier alinéa constitue un adossment de la branche vieillesse d'un régime spécial sur la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. Elle fait l'objet, préalablement à la signature de la convention, d'une information appropriée des commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat en charge des affaires sociales ainsi que des autres commissions concernées, qui disposent d'un délai raisonnable pour évaluer les documents qui leur sont transmis. L'information préalable du Parlement porte sur les modalités des opérations d'adossment, qu'elles soient réalisées par voie législative ou réglementaire.

« Les commissions saisies au fond du projet de loi de financement de la sécurité sociale agissent dans le cadre de leurs prérogatives de suivi et de contrôle énoncées aux articles LO 111-9 et LO 111-10. »

Section 3

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

Article 81

Toute personne qui, du fait de son activité professionnelle, est susceptible d'avoir été exposée à l'inhalation de poussière d'amiante est informée par sa caisse primaire d'assurance maladie dans des conditions précisées par décret de son droit de bénéficier gratuitement de la surveillance médicale post-professionnelle, visée à l'article D. 461-25 du code de la sécurité sociale, incluant le cas échéant, les examens médicaux complémentaires appropriés.

Article 82

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, créé par le III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), est fixé à 700 millions d'euros au titre de l'année 2006.

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, créé par le II de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé à 315 millions d'euros au titre de l'année 2006.

Article 83

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2006, à 330 millions d'euros.

Article 84

Pour l'année 2006, 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 11,1 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 9,9 milliards d'euros.

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche famille

Article 85

I. – L'ordonnance n° 2002-149 du 7 février 2002 relative à l'extension et la généralisation des prestations familiales et à la protection sociale dans la collectivité départementale de Mayotte est ainsi modifiée :

1° L'article 7 est ainsi rédigé :

« Art. 7. – Les allocations familiales sont attribuées en fonction du nombre d'enfants à charge, à partir du premier enfant, dans des conditions fixées par décret. » ;

2° Dans la première phrase du deuxième alinéa de l'article 8, les mots : « , dans la limite de trois enfants par allocataire » sont supprimés ;

3° Dans le troisième alinéa de l'article 10, les mots : « ; le nombre d'enfants pris en compte est limité à trois par allocataire » sont supprimés.

II. – Les dispositions du I sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2006.

Article 86

I. – Le VI de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Par exception au 1 du I et dans des conditions définies par décret, le complément de libre choix d'activité à taux plein peut être attribué, à un montant majoré et pendant une durée déterminée, à la personne qui choisit de ne pas exercer d'activité professionnelle pendant cette même durée. Dans ce cas, l'activité professionnelle antérieure minimale prévue au III doit avoir été exercée au cours d'une période de référence fixée par décret. Cette option, définitive, est ouverte au parent qui assume la charge d'un nombre déterminé d'enfants. La période de droit ouverte par cette option peut être partagée entre les deux parents.

« Par exception aux dispositions de l'article L. 552-1, le droit au complément de libre choix d'activité prévu à l'alinéa précédent est ouvert le mois de la naissance, de l'adoption ou de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté ou confié en vue d'adoption. »

II. – L'article L. 532-2 du même code est complété par un V ainsi rédigé :

« V. – Pendant le mois au cours duquel le versement des indemnités ou allocations mentionnées aux 1° à 3° du II prend fin, celles-ci sont cumulables avec le complément de libre choix d'activité à taux plein, lorsqu'il est fait usage de l'option mentionnée au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4. »

III. – Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 552-1 du même code, après les mots : « lorsque le bénéficiaire a un seul enfant à charge », sont insérés les mots : « ou lorsqu'il est fait usage de l'option prévue au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 ».

IV. – Les dispositions du présent article sont applicables à compter du 1^{er} juillet 2006 pour les enfants nés ou adoptés à compter de cette date, ainsi que pour les enfants nés avant cette date alors que leur date de naissance présumée était postérieure au 30 juin 2006.

Article 87

I. – Dans le 9° de l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « allocation de présence parentale » sont remplacés par les mots : « allocation journalière de présence parentale ».

II. – Le chapitre IV du titre IV du livre V du même code est ainsi rédigé :

« CHAPITRE IV

« Allocation journalière de présence parentale

« Art. L. 544-1. – La personne qui assume la charge d'un enfant atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants bénéficie, pour chaque jour de congé prévu à l'article L. 122-28-9 du code du travail, d'une allocation journalière de présence parentale.

« Ces dispositions sont également applicables aux agents publics bénéficiant du congé de présence parentale prévu par les règles qui les régissent.

« Un décret précise les modalités d'application du présent article.

« *Art. L. 544-2.* – La particulière gravité de la maladie, du handicap ou de l'accident visés au premier alinéa de l'article L. 544-1 ainsi que le caractère indispensable d'une présence soutenue et de soins contraignants sont attestés par un certificat médical détaillé, établi par le médecin qui suit l'enfant au titre de la maladie, du handicap ou de l'accident susmentionnés. Le droit à la prestation est soumis à un avis favorable du service du contrôle médical prévu aux articles L. 315-1 et L. 615-13 ou du régime spécial de sécurité sociale.

« Le droit est ouvert pour une période égale à la durée prévisible du traitement de l'enfant visée au premier alinéa. Cette durée fait l'objet d'un nouvel examen selon une périodicité fixée par décret.

« *Art. L. 544-3.* – L'allocation est versée dans la limite d'une durée maximum fixée par décret pour un même enfant et par maladie, handicap ou accident. Le nombre maximum d'allocations journalières versées au cours de cette période est égal à trois cent dix.

« Au-delà de la durée maximum prévue au premier alinéa, le droit à l'allocation journalière de présence parentale peut être ouvert de nouveau, en cas de rechute ou de récurrence de la pathologie de l'enfant au titre de laquelle un premier droit à l'allocation de présence parentale ou à l'allocation journalière de présence parentale avait été ouvert, dès lors que les conditions visées aux articles L. 544-1 et L. 544-2 sont réunies.

« *Art. L. 544-4.* – Le nombre d'allocations journalières versées au titre d'un même enfant au cours d'un mois civil à l'un ou aux deux membres du couple ne peut être supérieur à un nombre maximal fixé par décret.

« *Art. L. 544-5.* – L'allocation journalière de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel est déposée la demande, sous réserve que les conditions d'ouverture de droit soient réunies à cette date. L'allocation cesse d'être due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit ne sont plus réunies.

« *Art. L. 544-6.* – Le montant de l'allocation journalière est fixé par décret. Il est majoré pour la personne assumant seule la charge de l'enfant, dans des conditions déterminées par décret.

« *Art. L. 544-7.* – Un complément pour frais est attribué au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond, lorsque la maladie, le handicap ou l'accident visés au premier alinéa de l'article L. 544-1 exigent des dépenses à la charge desdits ménage ou personne, supérieures à un montant déterminé. Ce complément, versé mensuellement selon des modalités fixées par décret, est forfaitaire.

« Le plafond de ressources visé au premier alinéa varie en fonction du nombre d'enfants à charge. Il est majoré lorsque chaque membre du couple dispose d'un revenu professionnel ou lorsque la charge du ou des enfants est assumée par une seule personne.

« *Art. L. 544-8.* – Les personnes mentionnées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1^o, 4^o et 5^o de l'article L. 615-1, à l'article L. 722-1 du présent code, à l'article L. 722-9 du code rural et aux articles L. 351-1 à L. 351-15 du code du travail peuvent bénéficier de l'allocation journalière de présence parentale.

« Les travailleurs à la recherche d'un emploi mentionnés au premier alinéa ou en formation professionnelle rémunérée bénéficient d'une allocation journalière de présence parentale versée mensuellement sur la base d'un nombre de jours fixé par décret.

« Le versement des indemnités dues aux demandeurs d'emploi est suspendu au début du versement de l'allocation journalière de présence parentale et est, à la date de cessation de paiement de celle-ci, repris et poursuivi jusqu'à son terme.

« Les modalités d'attribution et de versement de l'allocation journalière de présence parentale aux personnes visées aux premier et deuxième alinéas sont fixées par décret.

« *Art. L. 544-9.* – L'allocation journalière de présence parentale n'est pas cumulable, pour un même bénéficiaire, avec :

« 1^o L'indemnisation des congés de maternité, de paternité ou d'adoption ;

« 2^o L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévues aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ;

« 3^o L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;

« 4^o Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;

« 5^o Un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité ;

« 6^o L'allocation parentale d'éducation ou le complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant ;

« 7^o Le complément et la majoration de l'allocation d'éducation de l'enfant handicapé perçus pour le même enfant ;

« 8^o L'allocation aux adultes handicapés.

« Toutefois, l'allocation journalière de présence parentale, lorsqu'elle n'est pas servie pour la totalité des jours prévus à l'article L. 544-4, est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3^o perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel. »

III. – Après le quatrième alinéa de l'article L. 381-1 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
« La personne bénéficiaire de l'allocation journalière de présence parentale est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général, sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret. »

IV. – L'article L. 122-28-9 du code du travail est ainsi rédigé :

« *Art. L. 122-28-9.* – Tout salarié dont l'enfant à charge au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale et remplissant l'une des conditions prévues par l'article L. 512-3 du même code est atteint d'une maladie, d'un handicap ou victime d'un accident d'une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue et des soins contraignants a le droit de bénéficier, pour une période déterminée fixée par décret, d'un congé de présence parentale.

« Le nombre de jours de congés dont peut bénéficier le salarié au titre du congé de présence parentale est au maximum de trois cent dix jours ouvrés. Aucun de ces jours ne peut être fractionné.

« La durée initiale de la période au cours de laquelle le salarié peut bénéficier du droit à congé prévu au premier alinéa est celle définie dans le certificat médical mentionné à l'article L. 544-2 du code de la sécurité sociale. Cette durée fait l'objet d'un nouvel examen selon une périodicité définie par décret.

« Le salarié doit envoyer à son employeur, au moins quinze jours avant le début du congé, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception ou lui remettre en main propre une lettre contre décharge l'informant de sa volonté de bénéficier des dispositions du premier alinéa du présent article, ainsi qu'un certificat médical établi selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Quand il souhaite prendre un ou plusieurs jours de congé mentionnés au deuxième alinéa, le salarié en informe au préalable son employeur au moins quarante-huit heures à l'avance.

« A l'issue du congé de présence parentale, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

« Toutefois, en cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du ménage, le salarié retrouve également son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente, s'il a accompli les formalités prévues à l'article L. 122-28-2. »

V. – Aux articles L. 333-3, L. 552-1 et L. 755-33 du code de la sécurité sociale, les mots : « allocation de présence parentale » sont remplacés par les mots : « allocation journalière de présence parentale ».

VI. – L'intitulé de la section 14 du chapitre V du titre V du livre VII du même code est ainsi rédigé :
« Allocation journalière de présence parentale ».

VII. – Le même code est ainsi modifié :

1° L'article L. 161-9-1 est abrogé ;

2° L'article L. 161-9-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-9-2.* – Lorsqu'une personne bénéficie, successivement et sans interruption d'un congé parental d'éducation ou du complément prévu au 3° de l'article L. 531-1 et d'un congé de présence parentale ou de l'allocation journalière de présence parentale, ou inversement, elle retrouve, en cas de reprise d'activité, ses droits aux prestations acquis antérieurement au bénéfice du congé parental d'éducation ou dudit complément dans les conditions prévues à l'article L. 161-9. »

VIII. – A. – La loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée est ainsi modifiée :

1° Après l'article 40, il est rétabli un article 40 *bis* ainsi rédigé :

« *Art. 40 bis.* – Le congé de présence parentale est accordé au fonctionnaire lorsque la maladie, l'accident ou le handicap d'un enfant à charge présente une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue de sa mère ou de son père et des soins contraignants. Les modalités d'appréciation de la gravité de la maladie, de l'accident ou du handicap sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« Ce congé est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire. Le nombre de jours de congé dont il peut bénéficier à ce titre ne peut excéder trois cent dix jours ouvrés au cours d'une période de trente-six mois. Chacun de ces jours ne peut être fractionné. La période de congé ne peut être imputée sur la durée du congé annuel.

« Pendant les jours de congé de présence parentale, le fonctionnaire n'est pas rémunéré. Il n'acquiert pas de droits à la retraite, sous réserve des dispositions de l'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

« A l'issue de la période du congé de présence parentale ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réaffecté dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, il est affecté dans un emploi le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans un emploi le plus proche de son domicile sous réserve de l'application de l'article 60.

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

2° Au dernier alinéa (6°) de l'article 32, les mots : « et congé de présence parentale » sont supprimés ;

3° L'intitulé de la section 6 du chapitre V est ainsi rédigé : « Congé parental » ;

4° L'article 54 *bis* est abrogé.

B. – Au septième alinéa de l'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite, la référence : « 54 *bis* » est remplacée par la référence : « 40 *bis* ».

IX. – La loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 précitée est ainsi modifiée :

1° Après l'article 60 *quinquies*, il est inséré un article 60 *sexies* ainsi rédigé :

« Art. 60 *sexies*. – Le congé de présence parentale est accordé au fonctionnaire lorsque la maladie, l'accident ou le handicap d'un enfant à charge présente une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue de sa mère ou de son père et des soins contraignants. Les modalités d'appréciation de la gravité de la maladie, de l'accident ou du handicap sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« Ce congé est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire. Le nombre de jours de congé dont il peut bénéficier à ce titre ne peut excéder trois cent dix jours ouvrés au cours d'une période de trente-six mois. Chacun de ces jours ne peut être fractionné. La période de congé ne peut être imputée sur la durée du congé annuel.

« Pendant les jours de congé de présence parentale, le fonctionnaire n'est pas rémunéré. Il n'acquiert pas de droits à la retraite, sous réserve des dispositions de l'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

« A l'issue de la période du congé de présence parentale ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réaffecté dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, il est affecté dans un emploi le plus proche de son dernier lieu de travail. S'il le demande, il peut également être affecté dans un emploi le plus proche de son domicile sous réserve de l'application de l'article 54.

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

2° A l'avant-dernier alinéa (6°) de l'article 55, les mots : « et congé de présence parentale » sont supprimés ;

3° L'intitulé de la section 6 du chapitre V est ainsi rédigé : « Congé parental » ;

4° L'article 75 *bis* est abrogé.

X. – La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 précitée est ainsi modifiée :

1° L'article 41 est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11° A un congé de présence parentale, accordé au fonctionnaire lorsque la maladie, l'accident ou le handicap d'un enfant à charge présente une particulière gravité rendant indispensables une présence soutenue de sa mère ou de son père et des soins contraignants. Les modalités d'appréciation de la gravité de la maladie, de l'accident ou du handicap sont définies par décret en Conseil d'Etat.

« Ce congé est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire. Le nombre de jours de congé dont il peut bénéficier à ce titre ne peut excéder trois cent dix jours ouvrés au cours d'une période de trente-six mois. Chacun de ces jours ne peut être fractionné. La période de congé ne peut être imputée sur la durée du congé annuel.

« Pendant les jours de congé de présence parentale, le fonctionnaire n'est pas rémunéré. Il n'acquiert pas de droits à la retraite, sous réserve des dispositions de l'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite.

« A l'issue du congé de présence parentale ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réaffecté de plein droit, au besoin en surnombre, dans son établissement d'origine.

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

2° Au dernier alinéa (6°) de l'article 39, les mots : « et congé de présence parentale » sont supprimés ;

3° L'intitulé de la section 6 du chapitre IV est ainsi rédigé : « Congé parental » ;

4° L'article 64-1 est abrogé.

XI. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1^{er} mai 2006 pour toute demande déposée à compter de cette date.

Les personnes qui bénéficient de l'allocation de présence parentale en vertu de la réglementation applicable avant cette date continuent à en bénéficier jusqu'à son terme.

Article 88

Le 4° du VIII de l'article 60 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est abrogé.

Article 89

Le second alinéa de l'article L. 512-2 du code de la sécurité sociale est remplacé par neuf alinéas ainsi rédigés :

« Ces étrangers bénéficient des prestations familiales sous réserve qu'il soit justifié, pour les enfants qui sont à leur charge et au titre desquels les prestations familiales sont demandées, de l'une des situations suivantes :

« – leur naissance en France ;

« – leur entrée régulière dans le cadre de la procédure de regroupement familial visée au livre IV du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;

- « – leur qualité de membre de famille de réfugié ;
- « – leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée au 10° de l'article L. 313-11 du code de l'entrée et du séjour des étrangers et du droit d'asile ;
- « – leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée à l'article L. 313-13 du même code ;
- « – leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée à l'article L. 313-8 ou au 5° de l'article L. 313-11 du même code ;
- « – leur qualité d'enfant d'étranger titulaire de la carte de séjour mentionnée au 7° de l'article L. 313-11 du même code à la condition que le ou les enfants en cause soient entrés en France au plus tard en même temps que l'un de leurs parents titulaires de la carte susmentionnée.

« Un décret fixe la liste des titres et justifications attestant de la régularité de l'entrée et du séjour des bénéficiaires étrangers. Il détermine également la nature des documents exigés pour justifier que les enfants que ces étrangers ont à charge et au titre desquels des prestations familiales sont demandées remplissent les conditions prévues aux alinéas précédents. »

Article 90

Dans le 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale, le mot : « aux » est remplacé par les mots : « à 60 % des ».

Article 91

Pour l'année 2006, les objectifs de dépenses de la branche famille sont fixés :

- 1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 53,3 milliards d'euros ;
- 2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 52,8 milliards d'euros.

Section 5

Dispositions relatives à la gestion du risque

Article 92

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

« CHAPITRE IV TER

« Contrôle et lutte contre la fraude

« Art. L. 114-9. – Les directeurs des organismes de sécurité sociale, ainsi que les directeurs des organismes admis à encaisser des cotisations ou à servir des prestations au titre des régimes obligatoires de base sont tenus, lorsqu'ils ont connaissance d'informations ou de faits pouvant être de nature à constituer une fraude, de procéder aux contrôles et enquêtes nécessaires. Ils transmettent à l'autorité compétente de l'Etat le rapport établi à l'issue des investigations menées.

« Les organismes nationaux des différents régimes suivent les opérations réalisées par les organismes mentionnés au premier alinéa. Ils en établissent annuellement une synthèse qui est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale en définit le contenu et le calendrier d'élaboration.

« Lorsqu'à l'issue des investigations prévues au présent article une fraude est constatée pour un montant supérieur à un seuil fixé par décret, les organismes visés au premier alinéa portent plainte en se constituant partie civile. En ce cas, ils sont dispensés de la consignation prévue à l'article 88 du code de procédure pénale.

« Art. L. 114-10. – Les directeurs des organismes de sécurité sociale confient à des agents chargés du contrôle, assermentés et agréés dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, le soin de procéder à toutes vérifications ou enquêtes administratives concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles. Des praticiens-conseils peuvent, à ce titre, être assermentés et agréés dans des conditions définies par le même arrêté. Ces agents ont qualité pour dresser des procès-verbaux faisant foi jusqu'à preuve du contraire.

« Lorsque cela est nécessaire à l'accomplissement de sa mission, un agent chargé du contrôle peut être habilité par le directeur de son organisme à effectuer, dans des conditions précisées par décret, des enquêtes administratives et des vérifications complémentaires dans le ressort d'un autre organisme. Les constatations établies à cette occasion font également foi à l'égard de ce dernier organisme dont le directeur tire, le cas échéant, les conséquences concernant l'attribution des prestations et la tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles.

« Les agents chargés du contrôle peuvent mener leurs vérifications et enquêtes pour le compte de plusieurs organismes appartenant éventuellement à différentes branches du régime général.

« Les modalités de cette coopération sont définies par décret.

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux agents mentionnés à l'article L. 243-7.

« *Art. L. 114-11.* – Les constatations relatives à la situation de fait des assurés sociaux résidant hors de France ou à des soins reçus hors de France faites à la demande des organismes de sécurité sociale par des personnes physiques ou morales agréées par l'autorité consulaire française font foi jusqu'à preuve du contraire.

« *Art. L. 114-12.* – Pour l'application des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale, les organismes chargés de la gestion d'un régime obligatoire de sécurité sociale, les caisses assurant le service des congés payés et les organismes mentionnés à l'article L. 351-21 du code du travail se communiquent les renseignements qu'ils détiennent sur leurs ressortissants lorsque ces renseignements :

« 1° Sont nécessaires à l'appréciation de droits ou à l'exécution d'obligations entrant dans le fonctionnement normal du service public dont sont chargés ces organismes ;

« 2° Sont nécessaires à l'information des ressortissants sur l'ensemble de leurs droits en cas de partage de la gestion d'une prestation par ces organismes ;

« 3° Sont nécessaires au contrôle, à la justification dans la constitution des droits, notamment à pension de vieillesse et à la justification de la liquidation et du versement des prestations dont sont chargés respectivement ces organismes.

« Un acte réglementaire fixe les conditions de la communication des données autorisée par le présent article.

« *Art. L. 114-13.* – Est passible d'une amende de 5 000 € quiconque se rend coupable de fraude ou de fausse déclaration pour obtenir, ou faire obtenir ou tenter de faire obtenir des prestations ou des allocations de toute nature, liquidées et versées par les organismes de protection sociale, qui ne sont pas dues, sans préjudice des peines résultant de l'application d'autres lois, le cas échéant.

« *Art. L. 114-14.* – Les échanges d'informations entre les agents des administrations fiscales, d'une part, et les agents des administrations chargées de l'application de la législation sociale et du travail et des organismes de protection sociale, d'autre part, sont effectués conformément aux dispositions prévues par le livre des procédures fiscales, et notamment ses articles L. 97 à L. 99 et L. 152 à L. 162 B.

« *Art. L. 114-15.* – Lorsqu'il apparaît, au cours d'un contrôle accompli dans l'entreprise par l'un des agents de contrôle mentionnés à l'article L. 325-1 du code du travail, que le salarié a, de manière intentionnelle, accepté de travailler sans que les formalités prévues aux articles L. 143-3 et L. 320 du même code aient été accomplies par son ou ses employeurs, cette information est portée à la connaissance des organismes chargés d'un régime de protection sociale en vue, notamment, de la mise en œuvre des procédures et des sanctions prévues aux articles L. 114-16, L. 162-1-14 et L. 323-6 du présent code.

« Cette information est également portée à la connaissance des institutions gestionnaires du régime de l'assurance chômage, afin de mettre en œuvre les sanctions prévues aux articles L. 351-17 et L. 365-1 du code du travail.

« *Art. L. 114-16.* – L'autorité judiciaire est habilitée à communiquer aux organismes de protection sociale toute indication qu'elle peut recueillir de nature à faire présumer une fraude commise en matière sociale ou une manœuvre quelconque ayant eu pour objet ou ayant pour résultat de frauder ou de compromettre le recouvrement des cotisations sociales, qu'il s'agisse d'une instance civile ou commerciale ou d'une information criminelle ou correctionnelle même terminée par un non-lieu.

« *Art. L. 114-17.* – L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations versées par les organismes chargés de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, ainsi que l'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant ces prestations, ayant abouti au versement de prestations indues, peut faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme concerné, après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de cet organisme. Celle-ci apprécie la responsabilité du bénéficiaire dans l'inobservation des règles applicables.

« Le montant de la pénalité est fixé en fonction de la gravité des faits, dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Ce montant est doublé en cas de récidive. Le directeur de l'organisme concerné notifie le montant envisagé de la pénalité et les faits reprochés à la personne en cause, afin qu'elle puisse présenter ses observations écrites ou orales dans un délai d'un mois. A l'issue de ce délai, le directeur de l'organisme prononce, le cas échéant, la pénalité et la notifie à l'intéressé en lui indiquant le délai dans lequel il doit s'en acquitter.

« La mesure prononcée est motivée et peut être contestée devant la juridiction administrative.

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

« Les modalités d'application du présent article, notamment les situations mentionnées au premier alinéa et le barème des pénalités, sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »

II. – Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14 du même code, après les mots : « les éléments issus de chaque acte ou consultation », sont insérés les mots : « ainsi que l'absence de déclaration par les assurés d'un changement dans la situation justifiant le service de ces prestations ».

III. – La sous-section 1 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du même code est complétée par un article L. 161-1-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 161-1-4. – Les organismes de sécurité sociale demandent, pour le service d'une prestation, toutes pièces justificatives utiles pour apprécier les conditions du droit à la prestation, notamment la production d'avis d'imposition ou de déclarations déposées auprès des administrations fiscales compétentes. Les organismes peuvent se dispenser de cette demande lorsqu'ils sont en mesure d'effectuer des contrôles par d'autres moyens mis à leur disposition.

« Sauf cas de force majeure, la non-présentation par le demandeur des pièces justificatives entraîne la suspension, selon le cas, soit du délai d'instruction de la demande pendant une durée maximale fixée par décret, soit du versement de la prestation jusqu'à la production des pièces demandées.

« Pour le service des prestations sous condition de ressources, l'appréciation des ressources prend en compte les prestations et ressources d'origine française, étrangère ou versées par une organisation internationale. Un décret en Conseil d'Etat prévoit les conditions dans lesquelles la vérification de l'exactitude des déclarations relatives aux revenus de source étrangère peut être confiée à un ou plusieurs organismes du régime général de sécurité sociale agissant pour le compte de l'ensemble des régimes. Les dispositions de l'article L. 114-11 sont applicables à cette vérification. »

IV. – L'article L. 380-2 du même code est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour bénéficier du remboursement des prestations, l'assuré mentionné au premier alinéa doit être à jour de ses cotisations.

« En cas de fraude ou de fausse déclaration sur le montant des ressources, la caisse peut, sans préjudice des dispositions de l'article L. 162-1-14, suspendre à titre conservatoire, après mise en demeure, le versement des prestations. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.

« Pour la détermination du montant de la cotisation visée au premier alinéa et le contrôle des déclarations de ressources effectué à cette fin, les organismes d'assurance maladie peuvent demander toutes les informations nécessaires à l'administration des impôts, aux organismes de sécurité sociale et aux organismes d'indemnisation du chômage qui sont tenus de les leur communiquer. Les personnels des organismes sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées. Les informations demandées doivent être limitées aux données strictement nécessaires à l'accomplissement de cette mission, dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. Les personnes intéressées sont informées de la possibilité de ces échanges d'informations. »

V. – Dans le troisième alinéa de l'article L. 161-2-1 du même code, après les mots : « élire domicile soit », sont insérés les mots : « , après avis favorable d'un assistant de service social, ».

VI. – 1. Les articles L. 115-2, L. 216-6, L. 243-13, L. 243-13-1, L. 256-5, L. 377-1, L. 471-3, L. 481-2 et L. 554-1, le II de l'article L. 861-10 du code de la sécurité sociale, le 1^o de l'article L. 725-13 du code rural et l'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles sont abrogés.

2. A la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 351-13 du code de la construction et de l'habitation, les mots : « d'une amende de 4 500 € pouvant être portée au double en cas de récidive » sont remplacés par les mots : « de l'amende prévue à l'article L. 114-13 du code de la sécurité sociale ».

3. Aux articles L. 243-11, L. 243-12, L. 623-1 et L. 721-8 du code de la sécurité sociale, la référence : « L. 216-6 » est remplacée par la référence : « L. 114-10 ». A l'article L. 623-1 du même code, les mots : « L. 243-13 et » sont supprimés. Aux articles L. 162-36, L. 623-1, L. 721-8 et L. 821-5 du même code et à l'article L. 244-1 du code de l'action sociale et des familles, la référence : « L. 377-1 » est remplacée par la référence : « L. 114-13 ».

4. Aux articles L. 751-40 et L. 752-28 du code rural et à l'article L. 481-2 du code de la sécurité sociale, la référence : « L. 471-3 » est remplacée par la référence : « L. 114-13 ».

VII. – Le dernier alinéa de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Dans le but de contrôler les conditions d'ouverture, de maintien ou d'extinction des droits aux prestations de sécurité sociale de toute nature, ainsi que le paiement des cotisations et contributions, les organismes et services mentionnés au premier alinéa peuvent demander aux administrations fiscales de leur communiquer une liste des personnes qui ont déclaré soit n'avoir plus leur domicile en France, soit n'avoir perçu que des revenus du patrimoine ou de placement.

« Les agents des administrations fiscales signalent aux directeurs régionaux des affaires sanitaires et sociales et aux chefs des services régionaux de l'inspection du travail, de l'emploi et de la politique sociale agricoles, ainsi qu'aux organismes de protection sociale les faits susceptibles de constituer des infractions qu'ils relèvent en ce qui concerne l'application des lois et règlements relatifs au régime général, au régime des travailleurs indépendants non agricoles, aux régimes spéciaux ou au régime agricole de sécurité sociale. »

VIII. – Le deuxième alinéa de l'article L. 99 du même livre est supprimé.

IX. – A la fin de la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 1111-8 du code de la santé publique, les mots : « ainsi que du conseil des professions paramédicales » sont supprimés.

Article 93

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005.]

Article 94

[Dispositions déclarées non conformes à la Constitution par la décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005.]

Section 6

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

Article 95

Pour l'année 2006, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	PRÉVISIONS de charges
Fonds de solidarité vieillesse	14,6
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.....	15,6

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

Fait à Paris, le 19 décembre 2005.

JACQUES CHIRAC

Par le Président de la République :

Le Premier ministre,

DOMINIQUE DE VILLEPIN

*Le ministre de l'économie,
des finances et de l'industrie,*

THIERRY BRETON

Le ministre de la santé et des solidarités,

XAVIER BERTRAND

*Le ministre délégué au budget
et à la réforme de l'Etat,
porte-parole du Gouvernement,*

JEAN-FRANÇOIS COPÉ

*Le ministre délégué à la sécurité sociale,
aux personnes âgées,
aux personnes handicapées
et à la famille,*

PHILIPPE BAS

*Le ministre de l'emploi,
de la cohésion sociale et du logement,*
JEAN-LOUIS BORLOO

*Le ministre des transports, de l'équipement,
du tourisme et de la mer,*

DOMINIQUE PERBEN

Le ministre de l'agriculture et de la pêche,
DOMINIQUE BUSSEREAU

*Le ministre délégué à l'emploi, au travail
et à l'insertion professionnelle des jeunes,*

GÉRARD LARCHER

(1) Loi n° 2005-1579.

– *Travaux préparatoires* :

Assemblée nationale :

Projet de loi n° 2575 ;
Rapport de MM. Jean-Pierre Door, Jacques Domergue et Mmes Cécile Gallez et Marie-Françoise Clergeau, au nom de la commission des affaires culturelles, n° 2609 ;
Avis de M. Yves Bur, au nom de la commission des finances, n° 2610 ;
Discussion les 25 à 28 octobre 2005 et adoption le 2 novembre 2005.

Sénat :

Projet de loi, adopté par l'Assemblée nationale, n° 496 (2005-2006) ;
Rapport de MM. Alain Vasselle, André Lardeux, Dominique Leclerc et Gérard Dériot, au nom de la commission des affaires sociales, n° 73 (2005-2006) ;
Avis de M. Jean-Jacques Jégou, au nom de la commission des finances, n° 71 (2005-2006) ;
Discussion les 14, 15, 16, 17 et 18 novembre 2005 et adoption le 18 novembre 2005.

Assemblée nationale :

Projet de loi, modifié par le Sénat en première lecture, n° 2682 ;
Rapport de M. Jean-Pierre Door, au nom de la commission mixte paritaire, n° 2683 (2005-2006) ;
Discussion et adoption le 23 novembre 2005.

Sénat :

Rapport de M. Alain Vasselle, au nom de la commission mixte paritaire, n° 90 (2005-2006) ;
Discussion et adoption le 23 novembre 2005.

– *Conseil constitutionnel :*

Décision n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005 publiée au *Journal officiel* de ce jour.

A N N E X E A

RAPPORT DÉCRIVANT LES MESURES PRÉVUES POUR L'AFFECTATION DES EXCÉDENTS
OU LA COUVERTURE DES DÉFICITS CONSTATÉS SUR L'EXERCICE 2004

I. – Pour le régime général, l'exercice 2004 fait apparaître un déficit de 11,9 milliards d'euros. Il porte essentiellement sur la branche maladie.

1. Couverture du déficit de la branche maladie

Pour cette branche, le déficit de 11,6 milliards d'euros a été couvert par des versements de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

L'article 76 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie a en effet prévu que la couverture des déficits cumulés de la branche maladie au 31 décembre 2003 et du déficit prévisionnel au titre de l'exercice 2004 serait assurée par des transferts de la Caisse d'amortissement de la dette sociale à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale à hauteur de 10 milliards d'euros le 1^{er} septembre 2004 et dans la limite de 25 milliards d'euros au plus tard le 31 décembre 2004.

Ainsi, quatre versements ont été effectués par la CADES en 2004 pour un montant total de 35 milliards d'euros en 2004 :

10 milliards d'euros le 1^{er} septembre 2004 ;
7 milliards d'euros le 11 octobre 2004 ;
9 milliards d'euros le 9 novembre 2004 ;
9 milliards d'euros le 9 décembre 2004.

Or, le déficit constaté de la branche maladie en 2004 a été inférieur à celui prévu au moment du débat parlementaire relatif à la loi du 13 août 2004 précitée. Les déficits cumulés au 31 décembre 2004 se sont en effet élevés à 33,3 milliards d'euros, au lieu des 35 milliards d'euros alors envisagés.

En conséquence, une régularisation d'un montant de 1,7 milliard d'euros sera opérée lors de la reprise du déficit 2005 de la branche maladie également prévue par la loi du 13 août 2004 précitée.

2. Affectation de l'excédent de la branche vieillesse

L'excédent de la branche vieillesse du régime général est de 0,3 milliard d'euros en 2004. En application de l'article L. 251-6-1 du code de la sécurité sociale, cet excédent sera affecté au Fonds de réserve pour les retraites (FRR) en 2005.

Au total, la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) a versé au FRR de 2000 à 2004, au titre de ses excédents constatés entre 1999 et 2003, 5,4 milliards d'euros.

*3. Couverture des déficits des branches famille
et accidents du travail - maladies professionnelles*

La Caisse nationale des allocations familiales enregistre en 2004 un déficit de 0,4 milliard d'euros, la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général un déficit de 0,2 milliard d'euros.

Au vu de leur faiblesse, ces montants n'ont pas nécessité la prise de mesures spécifiques. Ils ont été couverts par les emprunts de trésorerie que peut conclure le régime général dans la limite du plafond fixé dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

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

Seul le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) est concerné en 2004.

Le Fonds de financement de la protection sociale agricole n'a été substitué au budget annexe des prestations sociales agricoles qu'à compter du 1^{er} janvier 2005.

La Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie n'est intervenue que pour abonder à hauteur de 0,1 milliard d'euros la Caisse nationale de l'assurance maladie du régime général.

Couverture du déficit du FSV.

Le résultat du FSV pour l'exercice 2004 est déficitaire de 0,6 milliard d'euros.

Le FSV n'ayant pas le droit d'emprunter et ne recevant pas de dotation d'équilibre de l'Etat, le déficit cumulé est inscrit au bilan en fonds de roulement négatif.

Au 31 décembre 2004, les sommes dues à la CNAVTS sont de 2,2 milliards d'euros et celles dues à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole de 0,1 milliard 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

Moyennes sur la période 2007-2009

Produit intérieur brut volume	2,60 %
Masse salariale du secteur privé	4,45 %
Objectif national de dépenses d'assurance maladie	2,20 %
Inflation hors tabac	1,80 %

Ce scénario économique est un scénario intermédiaire entre les deux scénarios présentés dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2006.

La masse salariale du secteur privé est ajustée à l'hypothèse de croissance du produit intérieur brut (en valeur), augmentée de 0,1 point pour tenir compte du dynamisme propre au champ de recouvrement des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales, plus étendu que le champ du secteur privé au sens de la comptabilité nationale.

Le taux de croissance de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) retenu dans cette prévision, 2,2 %, suppose une poursuite de l'effort de redressement engagé par la réforme de 2004.

L'hypothèse d'inflation de 1,75 % par an est conforme à l'évolution des prix observée depuis 2002, et prévue pour 2005 et 2006, qui se situe entre 1,7 % et 1,8 %.

Sous ces hypothèses, le solde global du régime général et de l'ensemble des régimes de base se redresserait régulièrement sur la période 2006-2009.

La branche maladie, sous l'effet de la croissance modérée des charges dans le champ de l'ONDAM, verrait son déficit se réduire sensiblement. Pour le seul régime général, le solde redevient excédentaire en fin de période.

La branche famille verra jusqu'en 2007 la poursuite de la montée en charge de la prestation d'accueil du jeune enfant. A partir de 2008, son solde se redresserait rapidement, le déficit passant de 1,2 milliard d'euros en 2007 à 0,3 milliard d'euros en 2009.

La branche vieillesse subira sur toute la période l'effet du choc démographique résultant de l'arrivée à la retraite des générations nombreuses du « baby-boom ». En conséquence, son solde resterait déficitaire sur toute la période et s'établirait en 2009 à - 2,2 milliards d'euros pour le régime général, - 2,9 milliards d'euros pour l'ensemble des régimes de base.

La branche accidents du travail - maladies professionnelles, sous l'effet d'une progression ralentie de ses charges, connaîtrait un redressement régulier de son solde qui redeviendrait excédentaire en fin de période.

Les soldes calculés sur l'ensemble des régimes de base sont assez proches de ceux du seul régime général. Cette proximité résulte de l'existence, pour de nombreux régimes, de mécanismes garantissant l'équilibre financier : il peut s'agir d'une contribution du régime général, d'une subvention de l'Etat, ou de l'attribution d'une ressource externe (impôt). Quelques régimes ne bénéficient pas de tels mécanismes d'équilibrage. Leurs résultats comptables (excédentaires ou déficitaires) sont toutefois faibles au regard de celui du régime général. Le régime des non-salariés agricoles fait néanmoins exception à cette règle depuis 2005. En effet, jusqu'en 2004, ce régime bénéficiait d'une subvention de l'Etat, destinée à équilibrer le budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA). Depuis 2005, et le remplacement du BAPSA par le Fonds de financement des prestations sociales agricoles (FFIPSA), le versement par l'Etat d'une subvention d'équilibre n'est plus garanti.

La prévision présentée ne tient compte d'aucune éventuelle subvention de l'Etat sur la période 2005-2009. Dans ces conditions, le régime des exploitants agricoles présente sur cette période un déficit proche de 2 milliards d'euros. Ce déficit se retrouve dans les prévisions pour le FFIPSA, dont le compte retrace les opérations techniques relatives aux prestations sociales des non-salariés agricoles.

Le Fonds de solidarité vieillesse devrait bénéficier de l'amélioration de la conjoncture, qui se traduit par une accélération des recettes, et par un ralentissement des charges au titre de la prise en charge des cotisations de retraite des chômeurs. Son solde diminuerait notablement sur la période.

Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2006-2009

Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Maladie.						
Recettes.....	133,4	140,3	146,4	151,5	157,3	163,3
Dépenses.....	145,0	149,7	153,4	156,1	160,0	163,8
Solde.....	- 11,7	- 9,4	- 7,0	- 4,6	- 2,8	- 0,5
Accidents du travail. Maladies professionnelles.						
Recettes.....	10,1	10,3	11,0	11,4	11,9	12,3
Dépenses.....	10,2	10,7	11,1	11,4	11,7	12,1
Solde.....	- 0,1	- 0,4	- 0,1	0,0	0,1	0,2
Famille.						
Recettes.....	48,7	50,2	52,2	54,1	56,4	58,7
Dépenses.....	49,0	51,2	53,3	55,3	57,1	59,0
Solde.....	- 0,3	- 1,0	- 1,1	- 1,2	- 0,7	- 0,3
Vieillesse.						
Recettes.....	147,9	153,1	159,1	165,6	172,3	179,4
Dépenses.....	147,3	155,2	161,0	167,7	174,7	182,4
Solde.....	0,6	- 2,1	- 1,8	- 2,1	- 2,4	- 2,9
Toutes branches consolidé.						
Recettes.....	335,3	349,2	363,6	377,4	390,9	408,1
Dépenses.....	346,8	362,1	373,7	385,3	396,6	411,6
Solde.....	- 11,5	- 12,9	- 10,1	- 7,9	- 5,8	- 3,5

*Prévision de recettes et de dépenses sur la période 2006-2009***Régime général**

(En milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Maladie.						
Recettes.....	113,4	120,6	125,8	130,9	136,3	141,9
Dépenses.....	125,0	128,8	131,9	134,5	138,0	141,3
Solde.....	- 11,6	- 8,3	- 6,1	- 3,5	- 1,7	0,6
Accidents du travail. Maladies professionnelles.						
Recettes.....	8,8	9,0	9,7	10,1	10,6	11,0
Dépenses.....	9,0	9,5	9,9	10,2	10,5	10,9
Solde.....	- 0,2	- 0,5	- 0,2	- 0,1	0,1	0,1
Famille.						
Recettes.....	48,2	49,7	51,6	53,6	55,9	58,2
Dépenses.....	48,6	50,8	52,8	54,9	56,6	58,5
Solde.....	- 0,4	- 1,1	- 1,2	- 1,2	- 0,8	- 0,3
Vieillesse.						
Recettes.....	75,2	78,2	81,6	84,7	88,0	91,4
Dépenses.....	74,9	80,1	83,1	86,4	89,8	93,6
Solde.....	0,3	- 2,0	- 1,4	- 1,7	- 1,8	- 2,2
Toutes branches consolidé.						
Recettes.....	240,9	252,6	263,7	274,3	285,4	297,0
Dépenses.....	252,8	264,5	272,7	280,8	289,5	298,7
Solde.....	- 11,9	- 11,9	- 8,9	- 6,5	- 4,2	- 1,8

Fonds de solidarité vieillesse

(En milliards d'euros)

	2004	2005	2006	2007	2008	2009
Recettes.....	13,4	12,5	13,1	13,4	13,9	14,5
Dépenses.....	14,0	14,6	14,6	14,8	15,0	15,0
Solde.....	- 0,6	- 2,0	- 1,5	- 1,4	- 1,1	- 0,5

Fonds de financement des prestations sociales agricoles

(En milliards d'euros)

	2005	2006	2007	2008	2009
Recettes	13,7	13,9	13,8	13,8	13,7
Dépenses.....	15,4	15,6	15,6	15,6	15,7
Solde	- 1,7	- 1,7	- 1,8	- 1,8	- 1,9

ANNEXE C

ÉTAT DES RECETTES PAR CATÉGORIE ET PAR BRANCHE : DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE DE SÉCURITÉ SOCIALE ; DU RÉGIME GÉNÉRAL DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ; DES ORGANISMES 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 2004

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS du travail Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives	66,2	84,2	28,6	7,6	186,5
Cotisations fictives.....	1,0	30,3	0,1	0,3	31,6
Cotisations prises en charge par l'Etat	8,4	6,2	3,6	1,6	19,8
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques	1,0	5,4	5,8	0,1	12,2
Impôts et taxes affectées	54,0	3,8	10,0	0,0	67,9
dont contribution sociale généralisée	46,4	0,0	10,0	0,0	56,3
Transferts reçus.....	0,5	17,2	0,0	0,0	13,2
Revenus des capitaux.....	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources	2,3	0,6	0,3	0,4	3,6
Total par branche	133,4	147,9	48,7	10,1	335,3

Exercice 2005 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS du travail Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives	67,3	84,9	29,1	7,7	189,0

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS du travail Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations fictives.....	1,0	31,7	0,1	0,3	33,8
Cotisations prises en charge par l'Etat.....	8,0	6,6	3,4	1,5	19,0
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques.....	0,6	5,2	6,1	0,1	12,0
Impôts et taxes affectées.....	60,3	5,3	10,7	0,2	76,5
dont contribution sociale généralisée.....	50,3	0,0	10,3	0,0	60,6
Transferts reçus.....	0,6	18,6	0,1	0,0	14,9
Revenus des capitaux.....	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources.....	2,4	0,5	0,3	0,4	3,6
Total par branche.....	140,3	153,1	50,2	10,3	349,2

Exercice 2006 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS du travail Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives.....	69,2	88,5	30,1	8,2	196,0
Cotisations fictives.....	1,0	33,6	0,1	0,3	35,0
Cotisations prises en charge par l'Etat.....	1,7	1,2	0,7	0,3	3,9
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	0,0	0,0	0,3	0,0	0,0
Autres contributions publiques.....	0,6	5,3	6,4	0,1	12,4
Impôts et taxes affectées.....	70,5	10,8	14,2	1,5	97,0
dont contribution sociale généralisée.....	52,4	0,0	10,7	0,0	63,2
Transferts reçus.....	0,7	19,1	0,1	0,0	15,1
Revenus des capitaux.....	0,0	0,2	0,1	0,0	0,4
Autres ressources.....	2,6	0,5	0,2	0,4	3,7
Total par branche.....	146,4	159,1	52,2	11,0	363,6

Les montants figurant en total par branche et par catégorie peuvent être différents de l'agrégation des montants détaillés du fait des opérations réciproques (notamment transferts).

2. Recettes par catégorie et par branche du régime général de sécurité sociale

Exercice 2004

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS du travail Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives	59,2	53,1	28,3	6,9	147,5
Cotisations fictives.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	7,9	5,8	3,5	1,5	18,8
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	5,8	0,0	6,3
Impôts et taxes affectées	43,0	0,3	10,0	0,0	53,2
dont contribution sociale généralisée	40,1	0,0	10,0	0,0	50,1
Transferts reçus.....	0,7	15,7	0,0	0,0	12,0
Revenus des capitaux	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2
Autres ressources	2,0	0,2	0,2	0,4	2,7
Total par branche	113,4	75,2	48,2	8,8	240,9

Exercice 2005 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS du travail Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives	60,2	54,8	28,8	7,0	150,7
Cotisations fictives.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	7,6	5,6	3,4	1,4	18,0
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	6,1	0,0	6,6
Impôts et taxes affectées	49,1	0,9	10,6	0,2	60,8
dont contribution sociale généralisée	43,8	0,0	10,3	0,0	54,1
Transferts reçus.....	0,8	16,7	0,1	0,0	13,1
Revenus des capitaux.....	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources	2,2	0,1	0,3	0,4	3,0
Total par branche	120,6	78,2	49,7	9,0	252,6

Exercice 2006 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	MALADIE	VIEILLESSE	FAMILLE	ACCIDENTS du travail Maladies professionnelles	TOTAL par catégorie
Cotisations effectives	61,9	57,5	29,8	7,6	156,7
Cotisations fictives.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	1,6	1,2	0,8	0,3	3,8
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	0,3	0,0	0,3	0,0	0,3
Autres contributions publiques	0,4	0,1	6,4	0,0	6,9
Impôts et taxes affectées.....	58,4	6,0	14,0	1,4	79,8
dont contribution sociale généralisée.....	45,8	0,0	10,7	0,0	56,5
Transferts reçus.....	0,8	16,8	0,1	0,0	13,0
Revenus des capitaux.....	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources	2,3	0,1	0,2	0,4	3,0
Total par branche	125,7	81,6	51,6	9,7	263,7

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 2004

(En milliards d'euros)

	FONDS de solidarité vieillesse	CAISSE NATIONALE de solidarité pour l'autonomie
Cotisations effectives	0,0	0,0
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	0,1
dont contribution sociale généralisée.....	9,6	
Transferts reçus.....	2,0	0,0
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources	0,1	0,0
Total par organisme	13,4	0,1

Exercice 2005 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	FONDS de solidarité vieillesse	CAISSE NATIONALE de solidarité pour l'autonomie	FONDS de financement des prestations sociales agricoles
Cotisations effectives	0,0	0,0	1,7
Cotisations fictives.....	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,0	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	10,4	0,5	6,0
dont contribution sociale généralisée	9,8		0,9
Transferts reçus	2,1	0,0	5,9
Revenus des capitaux.....	0,0	0,0	0,0
Autres ressources.....	0,0	0,0	0,0
Total par organisme.....	12,5	0,5	13,7

Exercice 2006 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	FONDS de solidarité vieillesse	FONDS de financement des prestations sociales agricoles
Cotisations effectives	0,0	1,7
Cotisations fictives.....	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'Etat	0,0	0,0
Autres contributions publiques	0,0	0,0
Impôts et taxes affectées	10,9	6,1
dont contribution sociale généralisée	10,2	0,9
Transferts reçus.....	2,2	6,0
Revenus des capitaux	0,0	0,0
Autres ressources	0,0	0,1
Total par organisme	13,1	13,8