

PROJET DE LOI

adopté

le 26 novembre 2009

N° 26  
**S É N A T**

SESSION ORDINAIRE DE 2009-2010

---

---

## PROJET DE LOI

*de financement de la sécurité sociale pour 2010.*

**(Texte définitif)**

*Le Sénat a adopté, dans les conditions prévues à l'article 45 (alinéas 2 et 3) de la Constitution, le projet de loi dont la teneur suit :*

---

**Voir les numéros :**

**Assemblée nationale (13<sup>ème</sup> législ.) :** 1<sup>ère</sup> lecture : **1976, 1994, 1995** et T.A. **358. 2071.** C.M.P. : **2092** et T.A. **371.**

**Sénat :** 1<sup>ère</sup> lecture : **82, 90, 91** et T.A. **18** (2009-2010).  
C.M.P. : **99** (2009-2010).

## PREMIÈRE PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2008

#### Article 1<sup>er</sup>

Au titre de l'exercice 2008, sont approuvés :

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

*(En milliards d'euros)*

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie .....	164,0	168,1	- 4,1
Vieillesse .....	175,3	180,9	- 5,6
Famille .....	57,7	58,0	- 0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,3	12,1	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) .....	404,2	414,0	- 9,7

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

*(En milliards d'euros)*

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie.....	140,7	145,2	- 4,4
Vieillesse .....	89,5	95,1	- 5,6
Famille.....	57,2	57,5	- 0,3
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	10,8	10,5	0,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) .....	293,1	303,3	- 10,2

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

(En milliards d'euros)

	<b>Recettes</b>	<b>Dépenses</b>	<b>Solde</b>
Fonds de solidarité vieillesse .....	15,4	14,5	0,8
Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles.....	22,1	16,8	5,3

 ;

4° Les dépenses constatées relevant du champ de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, s'élevant à 153,0 milliards d'euros ;

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

6° Le montant de la dette amortie par la Caisse d'amortissement de la dette sociale, s'élevant à 2,9 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<sup>er</sup>, des tableaux d'équilibre relatifs à l'exercice 2008.

DEUXIÈME PARTIE  
**DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2009**

Section 1

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

**Article 3**

Est ratifié le décret n° 2009-939 du 29 juillet 2009 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale.

**Article 4**

Au titre de l'année 2009, 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)*

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Objectifs de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie .....	162,3	173,8	- 11,5
Vieillesse.....	178,4	187,9	- 9,5
Famille .....	56,6	59,7	- 3,1
Accidents du travail et maladies professionnelles .....	12,1	12,6	- 0,5
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	403,8	428,4	- 24,6 ;

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

(En milliards d'euros)

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Objectifs de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie.....	139,3	150,8	- 11,5
Vieillesse.....	90,7	98,9	- 8,2
Famille.....	56,1	59,2	- 3,1
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	10,5	11,2	- 0,6
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	291,2	314,6	- 23,4 ;

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)

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Prévisions de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Fonds de solidarité vieillesse.....	12,9	16,0	-3,0

## Article 5

I. – Au titre de l'année 2009, l'objectif d'amortissement rectifié de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 5,1 milliards d'euros.

II. – Au titre de l'année 2009, 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 6

L'article 68 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est ainsi modifié :

1° Au I, le montant : « 240 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 190 millions d'euros » ;

2° Au IV, le montant : « 44 millions d'euros » est remplacé par le montant : « 338 300 000 € ».

#### Article 7

I. – Au titre de l'année 2009, 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)*

	<b>Objectifs de dépenses</b>
Maladie .....	173,8
Vieillesse.....	187,9
Famille .....	59,7
Accidents du travail et maladies professionnelles .....	12,6
Toutes branches (hors transferts entre branches) .....	428,4

II. – Au titre de l'année 2009, les prévisions rectifiées des objectifs de dépenses, par branche, du régime général de sécurité sociale sont fixées à :

*(En milliards d'euros)*

	<b>Objectifs de dépenses</b>
Maladie.....	150,8
Vieillesse .....	98,9
Famille.....	59,2
Accidents du travail et maladies professionnelles .....	11,2
Toutes branches (hors transferts entre branches) .....	314,6

## Article 8

Au titre de l'année 2009, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie rectifié de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à :

*(En milliards d'euros)*

	<b>Objectifs de dépenses</b>
Dépenses de soins de ville .....	73,5
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité .....	50,9
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	18,7
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées .....	6,3
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées .....	7,7
Dépenses relatives aux autres modes de prise en charge .....	0,9
<b>Total .....</b>	<b>157,9</b>

## TROISIÈME PARTIE

### **DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2010**

## Article 9

Est approuvé le rapport figurant en annexe B à la présente loi décrivant, pour les quatre années à venir (2010-2013), 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**

Il est institué, au titre de l'année 2010, une contribution exceptionnelle à la charge des organismes mentionnés au premier alinéa du I de l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale, dans le cadre de leur participation à la mobilisation nationale contre la pandémie grippale.

Cette contribution est assise sur les sommes assujetties au titre de l'année 2010 à la contribution mentionnée au I du même article L. 862-4. Elle est recouvrée, exigible et contrôlée dans les mêmes conditions que cette dernière. Son taux est fixé à 0,94 %.

Le produit de cette contribution est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés qui le répartit entre les régimes obligatoires de base d'assurance maladie suivant les règles définies à l'article L. 174-2 du même code.

#### **Article 11**

I. – Le II de l'article 15 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est ainsi rédigé :

« II. – Pour le calcul des contributions dues au titre de l'année 2010 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 1 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au même article. »

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

1° La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 165-4 est ainsi rédigée :



« Le produit des remises est recouvré par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés pour le recouvrement des contributions mentionnées à l'article L. 138-20. » ;

2° À l'article L. 162-37, la référence : « et L. 162-18 » est remplacée par les références : « , L. 162-18 et L. 165-4 ».

III. – Le deuxième alinéa de l'article L. 245-6 du même code est complété par les mots et une phrase ainsi rédigée : « et des ventes ou reventes à destination de l'étranger. Les revendeurs indiquent à l'exploitant de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national. »

IV. – Après la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 5121-17 du code de la santé publique, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Les revendeurs indiquent au titulaire de l'autorisation de mise sur le marché les quantités revendues ou destinées à être revendues en dehors du territoire national. »

V. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 5123-1 du même code, il est inséré un alinéa rédigé :

« Les premier et deuxième alinéas ne s'appliquent pas aux médicaments et produits non consommés en France et destinés à l'exportation. »

## **Article 12**

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

1° Après le 4° de l'article L. 161-45, il est inséré un 4° *bis* ainsi rédigé :

« 4° *bis* Une fraction égale à 44 % du produit de la contribution mentionnée à l'article L. 245-5-1 ; »

2° À l'article L. 245-5-1, après le mot : « salariés », sont insérés les mots : « et de la Haute Autorité de santé » ;

3° Au dernier alinéa de l'article L. 245-5-2, le taux : « 10 % » est remplacé par le taux : « 15 % » ;

4° Au premier alinéa et aux 1° et 2° de l'article L. 245-5-3, le nombre : « 7,5 » est remplacé par le nombre : « 11 ».

II. – Le 3° du I s'applique pour la détermination de la contribution due en 2010.

### **Article 13**

I. – L'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005 est ainsi rédigé :

« *Art. 61.* – Les sommes à percevoir à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, au titre du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, sont réparties dans les conditions suivantes :

« *a)* Une fraction égale à 18,68 % est affectée à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole pour contribuer au financement des dépenses prévues au 2° de l'article L. 722-8 du code rural ;

« *b)* Une fraction égale à 1,89 % est affectée à la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole pour contribuer au financement des dépenses du régime d'assurance vieillesse complémentaire obligatoire mentionné à l'article L. 732-56 du même code ;

« *c)* Une fraction égale à 38,81 % est affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

« *d)* Une fraction égale à 1,48 % est affectée au fonds national d'aide au logement mentionné à l'article L. 351-6 du code de la construction et de l'habitation ;

« *e)* Une fraction égale à 0,31 % est affectée au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante institué

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) ;

« *f*) Une fraction égale à 36,28 % est affectée aux caisses et régimes de sécurité sociale mentionnés au 1 du III de l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, selon les modalités prévues au dernier alinéa du 1 et aux 2 et 3 du même III ;

« *g*) Une fraction égale à 1,25 % est affectée au fonds de solidarité mentionné à l'article L. 5423-24 du code du travail ;

« *h*) Une fraction égale à 1,30 % est affectée à la compensation des mesures définies aux articles L. 241-17 et L. 241-18 du code de la sécurité sociale dans les conditions définies par l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008. »

II. – Le II de l'article 53 de la loi n° 2007-1822 du 24 décembre 2007 de finances pour 2008 est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Une fraction du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts, déterminée par l'article 61 de la loi n° 2004-1484 du 30 décembre 2004 de finances pour 2005. »

III. – La sous-section 3 de la section 3 du chapitre II du titre III du livre VII du code rural est ainsi modifiée :

1° Le troisième alinéa de l'article L. 732-58 est ainsi rédigé :

« – par une fraction du droit de consommation sur les tabacs mentionné à l'article 575 du code général des impôts. » ;

2° Après le deuxième alinéa de l'article L. 732-62, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de décès, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2003, d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole dont la pension de retraite de base a été liquidée au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2003, son

conjoint survivant a droit, au plus tôt au 1<sup>er</sup> janvier 2010, à une pension de réversion du régime complémentaire s'il remplit les conditions personnelles prévues au premier alinéa. Cette pension de réversion est d'un montant égal à 54 % de la pension de retraite complémentaire dont bénéficiait l'assuré. »

#### **Article 14**

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

1° À l'avant-dernier alinéa, le montant : « 155 € » est remplacé par le montant : « 164 € » ;

2° Au dernier alinéa, le montant : « 85 € » est remplacé par le montant : « 97 € ».

#### **Article 15**

I. – L'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1° du I, le taux : « 8 % » est remplacé par le taux : « 16 % » et les mots : « et versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2004 » sont supprimés ;

2° Le dernier alinéa du I est ainsi rédigé :

« Les contributions dues au titre des *a* et *b* du 2°, dont les taux sont respectivement fixés à 12 % et à 24 %, sont à la charge de l'employeur. » ;

3° Il est ajouté un V ainsi rédigé :

« V. – Les régimes de retraite à prestations définies, mentionnés au I, créés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 sont gérés exclusivement par l'un des organismes régis par le titre III du livre IX du présent code, le livre II du code de la mutualité ou le code des assurances. » ;

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

« II *bis*. – S’ajoute à la contribution prévue au I, indépendamment de l’option exercée par l’employeur visée au même alinéa, une contribution additionnelle de 30 %, à la charge de l’employeur, sur les rentes excédant huit fois le plafond annuel défini par l’article L. 241-3. »

II. – Le 1° du I est applicable aux rentes versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Le 4° du I est applicable aux retraites liquidées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Le 2° du I est applicable aux versements, comptabilisations ou mentions réalisés à compter des exercices ouverts après le 31 décembre 2009.

III. – Avant le 15 septembre 2010, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur la situation des régimes relevant de l’article L. 137-11 du code de la sécurité sociale indiquant :

- le nombre d’entreprises en disposant ;
- le mode de gestion choisi, interne ou externe ;
- le mode de contribution, assise sur les rentes ou sur les primes ou versements ;
- le nombre de bénéficiaires de rentes ;
- le montant moyen des rentes versées ;
- et les possibilités techniques d’une individualisation de la contribution assise sur les primes ou versements.

Ce rapport est établi sur la base de l’article 114 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites. Il s’appuie sur l’exploitation des données transmises par l’Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles pour les organismes relevant de son champ et par l’Agence centrale des organismes de sécurité sociale pour les entreprises gérant elles-mêmes les engagements de retraite concernés.

Ce rapport présente également les conditions dans lesquelles les régimes gérés en interne au 1<sup>er</sup> janvier 2010 peuvent externaliser leur gestion auprès d'un des organismes mentionnés au I de l'article L. 137-11 du code de la sécurité sociale.

### **Article 16**

I. – À l'article L. 137-16 du code de la sécurité sociale, le taux : « 2 % » est remplacé par le taux : « 4 % ».

II. – Le I est applicable aux sommes versées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

III. – L'article L. 137-15 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Sont également soumises à cette contribution les sommes entrant dans l'assiette définie au premier alinéa du présent article versées aux personnes mentionnées à l'article L. 3312-3 du code du travail.

« Sont également soumises à cette contribution les rémunérations visées aux articles L. 225-44 et L. 225-85 du code de commerce perçues par les administrateurs et membres des conseils de surveillance de sociétés anonymes et des sociétés d'exercice libéral à forme anonyme. »

### **Article 17**

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

1° Le I est complété par six alinéas ainsi rédigés :

« Sont également soumis à cette contribution :

« 1° Les gains nets exonérés en application du 1 du I de l'article 150-0 A du code général des impôts ;

« 2° Les gains nets exonérés en application du I *bis* de l'article 150-0 A du même code ainsi que les plus-values exonérées en application du 7 du III du même article ;

« 3° Les plus-values à long terme exonérées en application de l'article 151 *septies* A du même code ;

« 4° Les revenus, produits et gains exonérés en application du II de l'article 155 B du même code.

« Pour la détermination des revenus mentionnés aux *e* et 1° du présent I, à l'exception des plus-values professionnelles à long terme et des avantages définis aux 6 et 6 *bis* de l'article 200 A du code général des impôts, les moins-values subies au cours d'une année sont imputables sur les plus-values de même nature réalisées au cours de la même année ou des dix années suivantes quel que soit le montant des cessions réalisées par le foyer fiscal au titre des années concernées. » ;

2° Le II *bis* est abrogé et la dernière phrase du premier alinéa du III est supprimée ;

3° Au dernier alinéa du III, les mots : « du même code » sont remplacés par les mots : « du code général des impôts ».

II. – L'article 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

1° Le I est ainsi modifié :

a) Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« Cette contribution est établie chaque année sur les revenus de l'année précédente, à l'exception de ceux ayant supporté la contribution prévue à l'article 16. » ;

b) Le dernier alinéa est supprimé ;

2° Le III est ainsi modifié :

a) Le 2° est ainsi rédigé :

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

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

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

c) Le 4° est abrogé.

III. – L'article 17 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée est ainsi modifié :

1° Au I, les références : « les articles 150 V *bis* et 150 V *quater* » sont remplacées par la référence : « l'article 150 VI » ;

2° Au II, les références : « 150 V *bis* à 150 V *quater* » sont remplacées par les références : « 150 VI à 150 VK et 150 VM ».

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

1° Au dernier alinéa du 1 de l'article 170, après les mots : « nets exonérés en application du », sont insérés les mots : « 1 du I et du » et les mots : « dont l'assiette est calculée conformément aux dispositions de l'article 150-0 D » sont supprimés ;

2° Les articles 1600-0 G à 1600-0 J sont ainsi rédigés :

« *Art. 1600-0 G.* – La contribution pour le remboursement de la dette sociale assise sur les revenus du patrimoine est établie, contrôlée et recouvrée conformément à l'article 15 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale.

« *Art. 1600-0 H.* – La contribution pour le remboursement de la dette sociale prélevée sur les produits de placement est établie,



contrôlée et recouvrée conformément à l'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée.

« *Art. 1600-0 I.* – La contribution pour le remboursement de la dette sociale à laquelle sont assujetties les ventes de métaux précieux, bijoux, objets d'art, de collection et d'antiquité est établie, contrôlée et recouvrée conformément à l'article 17 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée.

« *Art. 1600-0 J.* – Le taux des contributions pour le remboursement de la dette sociale mentionnées aux articles 1600-0 G à 1600-0 I est fixé par l'article 19 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée. » ;

3° Les articles 1600-0 K à 1600-0 M sont abrogés ;

4° Le 7 de l'article 1649-0 A est ainsi rédigé :

« 7. Les gains retirés des cessions de valeurs mobilières, droits sociaux et titres assimilés qui n'excèdent pas le seuil fixé par le 1 du I de l'article 150-0 A sont pris en compte pour leur montant net soumis à la contribution sociale généralisée en application du I de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale. »

V. – Les I et 1° du IV s'appliquent aux gains nets réalisés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010. Le 4° du IV s'applique pour la détermination du plafonnement des impositions afférentes aux revenus réalisés à compter de l'année 2010.

## **Article 18**

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

1° Le 3° est ainsi rédigé :

« 3° Les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation, ainsi qu'aux placements de même nature mentionnés à l'article 125-0 A du code général des impôts, quelle

que soit leur date de souscription, à l'exception des produits attachés aux contrats mentionnés à l'article 199 *septies* du même code :

« a) Lors de leur inscription au contrat ou, pour les bons ou contrats en unités de compte mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 131-1 du code des assurances, lors de leur dénouement ;

« b) Lors du décès de l'assuré, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre du a ; »

2° Au 8° *bis*, la référence : « 81 C » est remplacée par la référence : « 155 B ».

II. – L'article 16 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée est ainsi modifié :

1° À la fin de la première phrase du I, les mots : « ci-après » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale » ;

2° Le II est ainsi rédigé :

« II. – Sont également soumis à la contribution mentionnée au I les produits de placement mentionnés au II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale pour la partie acquise à compter du 1<sup>er</sup> février 1996 et, le cas échéant, constatée à compter de la même date en ce qui concerne les placements visés aux 3° à 9° du même II.

« Cette contribution est assise, recouvrée et contrôlée selon les modalités prévues au premier alinéa du V de l'article L. 136-7 du même code. » ;

3° Le III est abrogé.

## **Article 19**

Le chapitre VII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par une section 11 ainsi rédigée :

« *Section 11*

« *Prélèvements sur les jeux, concours et paris*

« *Art. L. 137-19.* – Il est institué, au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un prélèvement sur le produit des appels à des numéros surtaxés effectués dans le cadre des programmes télévisés et radiodiffusés comportant des jeux et concours.

« Le prélèvement est assis sur le montant des appels effectués au moyen de numéros audiotels ou de messages écrits adressés, net des coûts de l'opérateur de téléphonie et des remboursements de la participation aux jeux et concours, et diminué de la valeur des gains distribués aux spectateurs, aux auditeurs et aux candidats.

« Le prélèvement est acquitté par l'organisateur du jeu ou du concours.

« Le taux du prélèvement est fixé à 9,5 %.

« Ce prélèvement est recouvré et contrôlé selon les mêmes procédures et sous les mêmes sanctions, garanties, sûretés et privilèges que les taxes sur le chiffre d'affaires. Les réclamations sont présentées, instruites et jugées selon les règles applicables à ces mêmes taxes. »

**Article 20**

À l'article L. 242-1-1 du code de la sécurité sociale, les références : « aux quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 324-10 » sont remplacées par les références : « aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 ».

**Article 21**

I. – Le chapitre VII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par une section 10 ainsi rédigée :

« Section 10

**« Contribution salariale sur les distributions et gains nets afférents à des parts de fonds communs de placement à risques, des actions de sociétés de capital-risque ou des droits représentatifs d'un placement financier dans une entité mentionnée au dernier alinéa du 8 du II de l'article 150-0 A du code général des impôts**

« Art. L. 137-18. – Il est institué une contribution sociale libératoire au taux de 30 % assise sur les distributions et gains nets mentionnés à l'article 80 *quindecies* du code général des impôts qui, en application du même article, sont imposables à l'impôt sur le revenu au nom des salariés et dirigeants bénéficiaires selon les règles applicables aux traitements et salaires. Elle est mise à la charge de ces salariés et dirigeants et affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie dont ils relèvent.

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

II. – Après l'article 242 *ter* B du code général des impôts, il est inséré un article 242 *ter* C ainsi rédigé :

« Art. 242 *ter* C. – 1. Les sociétés de capital-risque, les sociétés de gestion de fonds communs de placement à risques ou de sociétés de capital-risque et les entités mentionnées au dernier alinéa du 8 du II de l'article 150-0 A, ou les sociétés qui réalisent des prestations de services liées à la gestion des fonds communs de placement à risques, des sociétés de capital-risque ou des entités précitées sont tenues de mentionner, sur la déclaration prévue à l'article 242 *ter*, l'identité et l'adresse de leurs salariés ou dirigeants qui ont bénéficié de gains nets et distributions mentionnés au 8 du II de l'article 150-0 A, aux deuxième à huitième alinéas du 1 du II de l'article 163 *quinquies* C et à l'article 80 *quindecies* ainsi que, par bénéficiaire, le détail du montant de ces gains et distributions.

« 2. Pour l'application du 1, la société de gestion ou, le cas échéant, le dépositaire des actifs des sociétés de capital-risque, des fonds communs de placement à risques et des entités mentionnées au dernier alinéa du 8 du II de l'article 150-0 A fournit aux personnes mentionnées au 1 du présent article les informations nécessaires en vue de leur permettre de s'acquitter de l'obligation déclarative correspondante. »

III. – Le I s'applique aux distributions et gains nets afférents aux fonds communs de placement à risques créés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 et, pour les sociétés de capital-risque et les entités mentionnées au dernier alinéa du 8 du II de l'article 150-0 A du code général des impôts, aux actions et droits émis à compter de la même date. Le II s'applique aux déclarations déposées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

## **Article 22**

À la fin du IV de l'article L. 222-2 du code du sport, la date : « 30 juin 2012 » est remplacée par la date : « 30 juin 2010 ».

## **Article 23**

Au dernier alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « d'un » sont remplacés par les mots : « relevant du cadre d'emplois des agents sociaux territoriaux en fonction dans un ».

## **Article 24**

I. – Par anticipation à la date d'entrée en vigueur fixée par le décret visé au III de l'article 5 de la loi n° 2008-126 du 13 février 2008 relative à la réforme de l'organisation du service public de l'emploi, les contributions mentionnées aux articles L. 1233-69, L. 1235-16, L. 5422-9, L. 5422-11 et L. 5424-20 du code du travail ainsi qu'à l'article 9 de l'ordonnance n° 2006-433 du 13 avril 2006 relative à l'expérimentation du contrat de transition professionnelle et les cotisations prévues à l'article L. 3253-18

du même code peuvent, pour l'ensemble ou certaines catégories de cotisants, être recouvrées, selon les dispositions de l'article L. 5422-16 du même code, dans sa rédaction issue de l'article 17 de la loi n° 2008-126 du 13 février 2008 précitée, et celles prévues au II du présent article, dès l'année 2010 par l'un ou plusieurs des organismes mentionnés au troisième alinéa de l'article L. 5427-1 du même code, dans des conditions définies par décret.

II. – Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 5422-16 du même code, demeurent applicables après le transfert du recouvrement aux organismes chargés du recouvrement mentionnés à l'article L. 5427-1 dudit code :

1° Les modalités de paiement des contributions prévues aux articles L. 5422-9, L. 5422-11 et L. 5424-20 du même code et de la cotisation mentionnée à l'article L. 3253-18 du même code, applicables à la date d'entrée en vigueur de la présente loi et particulières aux entreprises de moins de dix salariés ;

2° La possibilité pour l'employeur de n'accomplir qu'une déclaration et un versement par an pour les contributions et la cotisation mentionnées au 1° du présent II, lorsque le montant de ce versement est inférieur à un minimum fixé par décret.

## **Article 25**

I. – L'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable pour l'exclusion d'assiette mentionnée au II de l'article 3 de la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 pour le développement économique des outre-mer.

II. – Le I est applicable à compter de la publication de la loi n° 2009-594 du 27 mai 2009 précitée.

## **Article 26**

Est approuvé le montant de 3,5 milliards d'euros correspondant à la compensation des exonérations, réductions ou

abattements d'assiette de cotisations ou contributions de sécurité sociale, mentionné à l'annexe 5 jointe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010.

## Section 2

### Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

#### Article 27

Pour l'année 2010, 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)*

	<b>Prévisions de recettes</b>
Maladie .....	164,6
Vieillesse .....	182,4
Famille .....	50,1
Accidents du travail et maladies professionnelles .....	12,1
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	403,7

;

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

*(En milliards d'euros)*

	<b>Prévisions de recettes</b>
Maladie.....	141,2
Vieillesse.....	92,1
Famille.....	49,6
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	10,6
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	288,1

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

*(En milliards d'euros)*

	<b>Prévisions de recettes</b>
Fonds de solidarité vieillesse.....	12,9

### Article 28

Pour l'année 2010, est approuvé le tableau d'équilibre, par  
branche, de l'ensemble des régimes obligatoires de base de  
sécurité sociale :

*(En milliards d'euros)*

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Objectifs de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie.....	164,6	179,1	- 14,5
Vieillesse.....	182,4	195,0	- 12,6
Famille.....	50,1	54,5	- 4,4
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	12,1	12,9	- 0,7
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	403,7	435,9	- 32,2



### Article 29

Pour l'année 2010, est approuvé le tableau d'équilibre, par branche, du régime général de sécurité sociale :

*(En milliards d'euros)*

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Objectifs de dépenses</b>	<b>Solde</b>
Maladie.....	141,2	155,7	- 14,5
Vieillesse.....	92,1	102,9	- 10,7
Famille.....	49,6	54,1	- 4,4
Accidents du travail et maladies professionnelles.....	10,6	11,4	- 0,8
Toutes branches (hors transferts entre branches).....	288,1	318,5	- 30,5

### Article 30

Pour l'année 2010, est approuvé le tableau d'équilibre des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale :

*(En milliards d'euros)*

	<b>Prévisions de recettes</b>	<b>Prévisions de charges</b>	<b>Solde</b>
Fonds de solidarité vieillesse.....	12,9	17,4	-4,5

### Article 31

I. – Pour l'année 2010, l'objectif d'amortissement de la dette sociale par la Caisse d'amortissement de la dette sociale est fixé à 5,0 milliards d'euros.

II. – Pour l'année 2010, les prévisions de recettes par catégorie affectées au Fonds de réserve pour les retraites sont fixées à :

(En milliards d'euros)

	<b>Prévisions de recettes</b>
Prélèvements sociaux sur les revenus du capital.....	1,5
Affectation de l'excédent de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.....	-
Affectation de l'excédent du Fonds de solidarité vieillesse.....	-
Avoirs d'assurance sur la vie en déshérence.....	-
Revenus exceptionnels (privatisations).....	-
Autres recettes affectées.....	-
<b>Total</b> .....	<b>1,5</b>

### Section 3

## **Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité**

### **Article 32**

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 815-29 est ainsi rédigé :

« Le financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité est assuré par l'État pour ce qui concerne le régime général des travailleurs salariés et par le fonds mentionné à l'article L. 815-26 pour ce qui concerne les autres organismes débiteurs de l'allocation, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'État. La prise en charge par l'État des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret. » ;

2° Le dernier alinéa de l'article L. 821-5 est ainsi rédigé :

« Le financement de l'allocation aux adultes handicapés, du complément de ressources, de la majoration pour la vie autonome et de l'allocation pour adulte handicapé mentionnée à l'article 35 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte est assuré par l'État. La prise en charge par l'État des pertes sur créances d'indus ne peut

excéder une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret. »

II. – Le financement de l'allocation de parent isolé dans les départements et collectivités mentionnés au I de l'article 29 de la loi n° 2008-1249 du 1<sup>er</sup> décembre 2008 généralisant le revenu de solidarité active et réformant les politiques d'insertion est assuré par l'État. La prise en charge par l'État des pertes sur créances d'indus ne peut excéder une fraction des prestations versées dans l'année, dans des conditions fixées par décret.

### Article 33

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

*(En millions d'euros)*

	<b>Montants limites</b>
Régime général – Agence centrale des organismes de sécurité sociale .....	65 000
Régime des exploitants agricoles – Caisse centrale de la mutualité sociale agricole .....	3 500
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ..	350
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'État .....	90
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	750
Caisse nationale des industries électriques et gazières .....	600
Caisse de prévoyance et de retraite du personnel de la Société nationale des chemins de fer français .....	1700
Caisse de retraite du personnel de la Régie autonome des transports parisiens.....	50

## QUATRIÈME PARTIE

### DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2010

#### Section 1

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

#### **Article 34**

En 2010, le surcoût induit par les dépenses exceptionnelles liées à la pandémie grippale n'est pas pris en compte par le comité d'alerte sur l'évolution des dépenses de l'assurance maladie pour l'évaluation, en application de l'article L. 114-4-1 du code de la sécurité sociale, d'un risque de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

#### **Article 35**

Le 10° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rétabli :

« 10° Lorsque l'assuré ne relève plus du 3° mais se trouve dans une situation clinique déterminée sur la base de recommandations de la Haute Autorité de santé et justifiant des actes et examens médicaux ou biologiques de suivi de son état, pour ces actes et examens, dans des conditions et pour une durée définies par décret pris après avis de la Haute Autorité de santé ; ».

#### **Article 36**

Après l'article L. 5121-10-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 5121-10-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 5121-10-3.* – Le titulaire d'un droit de propriété intellectuelle protégeant l'apparence et la texture des formes pharmaceutiques orales d'une spécialité de référence au sens de l'article L. 5121-1 ne peut interdire que les formes

pharmaceutiques orales d'une spécialité générique susceptible d'être substituée à cette spécialité en application de l'article L. 5125-23 présentent une apparence et une texture identiques ou similaires. »

### **Article 37**

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 4113-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Cette disposition ne s'applique pas à l'activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 et aux coopérations entre professionnels de santé prévues aux articles L. 4011-1 à L. 4011-3. »

II. – La première phrase de l'article L. 162-3 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « ou lorsqu'il s'agit d'une activité de télémédecine telle que définie à l'article L. 6316-1 du code de la santé publique ».

III. – Aux articles L. 4421-5 et L. 4431-2 du code de la santé publique, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième ».

### **Article 38**

La dernière phrase du premier alinéa du III de l'article L. 5134-1 du code de la santé publique est supprimée.

### **Article 39**

Le deuxième alinéa de l'article L. 162-12-21 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le contrat peut faire l'objet d'avenants destinés à y intégrer les objectifs fixés chaque année en matière de maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie. »

### **Article 40**

Le second alinéa de l'article L. 162-1-18 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces conditions peuvent prévoir, pour une période limitée à deux ans à compter de l'entrée en vigueur de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2010, une expérimentation au bénéfice d'une partie de la population visée au premier alinéa. »

### **Article 41**

I. – Le 6° du II de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ou lorsque le médecin n'atteint pas l'objectif de réduction des prescriptions ou réalisations prévu au II du même article ».

II. – L'article L. 162-1-15 du même code est ainsi modifié :

1° Au début du premier alinéa, est ajoutée la mention : « I. - » ;

2° Au 2°, après le mot : « journalières », sont insérés les mots : « ou d'un nombre de tels arrêts de travail rapporté au nombre de consultations effectuées », et sont ajoutés les mots : « ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie » ;

3° Au 3°, après les mots : « nombre de prescriptions de transports », sont insérés les mots : « ou d'un nombre de telles prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées », et sont ajoutés les mots : « ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie » ;

4° Le 4° est complété par les mots : « ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie » ;

5° À la première phrase du 5°, après les mots : « produit ou prestation », sont insérés les mots : « ou d'un nombre de telles

réalisations ou prescriptions rapporté au nombre de consultations effectuées », et sont ajoutés les mots : « ou dans le ressort du même organisme local d'assurance maladie » ;

6° Sont ajoutés un II et un III ainsi rédigés :

« II. – Le directeur peut également, conjointement avec le service du contrôle médical, proposer au médecin, en alternative à la procédure de mise sous accord préalable prévue au I, de s'engager à atteindre un objectif de réduction des prescriptions ou réalisations en cause dans un certain délai. En cas de refus du médecin, le directeur poursuit la procédure prévue au I.

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

III. – Le présent article s'applique aux faits postérieurs à la date de publication du décret pris conformément au III de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, dans sa rédaction issue du présent article.

## **Article 42**

I. – Le 14° de l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 14° Le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu ; ».

II. – Après le 3° de l'article L. 182-2-4 du même code, il est inséré un 4° ainsi rédigé :

« 4° Arrête le montant de la contribution annuelle des caisses nationales d'assurance maladie au développement professionnel continu pour chaque catégorie de professionnels mentionnée aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-16-1 et L. 162-32-1. »

III. – Le présent article entre en vigueur à la date d'effet de la convention prévue au XXI de l'article 59 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires.

#### **Article 43**

Le deuxième alinéa de l'article L. 4113-9 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Elles ne s'appliquent pas aux contrats conformes à un contrat-type soumis à l'approbation des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. »

#### **Article 44**

Après l'article L. 1142-21 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 1142-21-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1142-21-1.* – Lorsqu'un médecin régi, au moment des faits, par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale ou le règlement arbitral mentionné à l'article L. 162-14-2 du même code et exerçant, dans un établissement de santé, une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation, est condamné par une juridiction à réparer les dommages subis par la victime à l'occasion d'un acte lié à la naissance, que la couverture d'assurance prévue à l'article L. 1142-2 du présent code est épuisée, et que la victime ne peut obtenir l'exécution intégrale de la décision de justice auprès du professionnel concerné, cette victime peut saisir l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux institué à l'article L. 1142-22 en vue d'obtenir le règlement de la part d'indemnisation non versée par le professionnel au-delà des indemnités prises en charge par l'assureur dans le cadre des contrats souscrits en application de l'article L. 1142-2. Le professionnel doit alors à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux remboursement de la créance correspondante, sauf dans le cas où le délai de validité de la



couverture d'assurance garantie par le cinquième alinéa de l'article L. 251-2 du code des assurances est expiré ou que le juge compétent a constaté l'incompatibilité du règlement de la créance avec la solvabilité du professionnel. »

### **Article 45**

I. – La section 2 du chapitre II du titre II du livre III du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 322-5-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 322-5-5.* – Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de transport et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de transport remboursées sur l'enveloppe de soins de ville.

« Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de transport occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux et que ce dépassement résulte de pratiques de prescription non conformes à l'exigence de recours au mode de transport le moins onéreux compatible avec l'état du bénéficiaire telle qu'elle résulte de l'article L. 321-1, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les transports, d'une durée de trois ans.

« Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :

« 1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;

« 2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de transports.

« En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

« Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de transport, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de transport qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

« Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

« Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article. »

II. – L'article 64 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est ainsi rédigé :

« *Art. 64.* – De nouvelles modalités d'organisation et de régulation des transports peuvent être expérimentées, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 et pour une période n'excédant pas cinq ans, sous la responsabilité des établissements de santé qui en font le choix.

« Cette expérimentation a pour objectif de développer des modes de transports plus efficaces en facilitant la mise en place

de transports partagés, notamment en recourant à des véhicules sanitaires légers ou des transports de patients à mobilité réduite.

« Les établissements de santé et les transporteurs sanitaires signent une convention créant des centres de régulation chargés de proposer au patient le mode de transport le plus adapté à son état de santé. Les entreprises de transports membres du centre de régulation doivent respecter la prescription médicalisée de transports.

« Par dérogation au premier alinéa de l'article L. 322-5-1 du code de la sécurité sociale, la dispense d'avance des frais pour l'assuré est supprimée s'il refuse la proposition de transport qui lui est faite.

« Dans un délai de six mois suivant la publication de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2010, les agences régionales de santé fixent la liste des établissements de santé entrant dans le champ de cette expérimentation.

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

« Ces expérimentations font l'objet d'une évaluation annuelle et, à leur terme, d'un rapport du Gouvernement transmis au Parlement. »

III. – Jusqu'à la date prévue au I de l'article 131 de la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, les compétences attribuées par le présent article aux agences régionales de santé sont exercées par les missions régionales de santé.

## **Article 46**

Les deux derniers alinéas de l'article L. 314-2 du code de l'action sociale et des familles, tel qu'il résulte du III de l'article 63 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de

financement de la sécurité sociale pour 2009, sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« 3° Des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement, fixés par le président du conseil général, dans des conditions précisées par décret et opposables aux bénéficiaires de l'aide sociale accueillis dans des établissements habilités totalement ou partiellement à l'aide sociale à l'hébergement des personnes âgées. Ce décret détermine le contenu des tarifs journaliers afférents aux prestations relatives à l'hébergement qui ne peuvent comporter des dépenses intégrées dans les tarifs relatifs aux soins et à la dépendance cités respectivement aux 1° et 2°.

« Pour les établissements mentionnés à l'article L. 342-1, à l'exception de ceux mentionnés au 4°, les prestations relatives à l'hébergement sont fixées et contrôlées dans les conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6.

« Les tarifs correspondant à des prestations complémentaires et librement acceptées et acquittées par les résidents, à la condition qu'elles ne relèvent pas des tarifs cités aux 1°, 2° et 3°, constituent des suppléments aux tarifs journaliers afférents à l'hébergement. Ils doivent être établis par l'organe délibérant de la personne morale gestionnaire pour chaque catégorie homogène de prestation faisant l'objet d'un paiement par les résidents ou leurs représentants au sein de l'établissement. Les tarifs des suppléments aux tarifs journaliers doivent être communiqués aux titulaires d'un contrat de séjour ou à leurs représentants et portés à la connaissance du président du conseil général et du public dans des conditions fixées par décret.

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

conditions prévues par les articles L. 342-2 à L. 342-6 du présent code. »

### **Article 47**

Sur la base de l'analyse nationale de l'évolution des dépenses de médicaments et sur recommandation du conseil de l'hospitalisation, l'État arrête, chaque année, un taux prévisionnel d'évolution des dépenses de médicaments remboursées sur l'enveloppe de soins de ville, prescrits par les professionnels de santé exerçant au sein des établissements publics de santé.

Lorsque l'agence régionale de santé, conjointement avec l'organisme local d'assurance maladie, constate que les dépenses de médicaments occasionnées par les prescriptions des médecins exerçant leur activité au sein d'un établissement de santé ont connu une progression supérieure à ce taux, elle peut proposer de conclure avec l'établissement de santé et l'organisme local d'assurance maladie un contrat d'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins portant sur les médicaments, d'une durée de trois ans.

Ce contrat est conforme à un contrat-type élaboré selon les modalités définies à l'article L. 1435-4 du code de la santé publique et comporte notamment :

1° Un objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments de l'établissement en lien avec le taux d'évolution des dépenses de médicaments fixé nationalement et actualisé annuellement par avenant ;

2° Un objectif d'amélioration des pratiques hospitalières en termes de prescription de médicaments.

En cas de refus de l'établissement de conclure ce contrat, l'agence régionale de santé lui enjoint de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments qui lui sont imputables, dans la limite de 10 % de ces dépenses.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que l'établissement de santé n'a pas respecté l'objectif de réduction du taux d'évolution des dépenses de médicaments, et après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations, l'agence régionale de santé peut lui enjoindre de verser à l'organisme local d'assurance maladie une fraction du montant des dépenses de médicaments qui lui sont imputables, dans la limite du dépassement de son objectif.

Si, à la fin de chacune des trois années de durée du contrat, il est constaté que des économies ont été réalisées par rapport à l'objectif, l'agence régionale de santé peut enjoindre à l'organisme local d'assurance maladie de verser à l'établissement de santé une fraction des économies réalisées.

Un décret en Conseil d'État précise les modalités d'application du présent article.

#### **Article 48**

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° Le VI est ainsi rédigé :

« VI. – Le I, à l'exclusion du quatrième alinéa, le II, le V, à l'exception du G, et le VII du présent article sont applicables aux établissements de santé de Guyane mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, selon des modalités et un calendrier fixés par décret, et sous les réserves suivantes :

« 1° Au deuxième alinéa du B du V, l'année : "2008" est remplacée par l'année : "2010" ;

« 2° À la fin du dernier alinéa du C du V, les mots : "en 2012" sont remplacés par les mots : "à une date fixée par décret" et à la seconde phrase du D du même V, l'année : "2012" est remplacée par les mots : "une date fixée par décret".

« Ces dispositions entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2010. » ;

2° Le premier alinéa du VII est ainsi modifié :

a) L'année : « 2012 » est remplacée, trois fois, par l'année : « 2018 » ;

b) À la dernière phrase, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « septembre » ;

c) Est ajoutée une phrase ainsi rédigée :

« Ce bilan contient également un programme précisant la méthode et les étapes permettant de progresser dans la réalisation de la convergence intersectorielle des tarifs avant l'échéance de 2018. » ;

3° Sont ajoutés un VIII et un IX ainsi rédigés :

« VIII. – Par dérogation à l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale, jusqu'à une date fixée par décret et au plus tard jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2012, la part des frais d'hospitalisation, des actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du même code, prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine exercées par les hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa version antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée, est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale.

« IX. – Le I, à l'exclusion du quatrième alinéa, le II et le V, à l'exception du G, du présent article sont applicables aux activités de médecine exercées par les hôpitaux locaux au sens de l'article L. 6141-2 du code de la santé publique, dans sa rédaction antérieure à la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 précitée, selon des modalités et un calendrier fixés par décret, et sous les réserves suivantes :

« 1° Le B du V s'applique à compter d'une date fixée par décret ;

« 2° À la fin du dernier alinéa du C du V, les mots : "en 2012" sont remplacés par les mots : « à une date fixée par décret » et à la seconde phrase du D du même V, l'année : "2012" est remplacée par les mots : "une date fixée par décret".

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

1° L'article L. 162-22-10 est ainsi modifié :

a) À la première phrase du premier alinéa du V, le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « septembre » ;

b) À la fin du dernier alinéa du I, la référence : « II » est remplacée par la référence : « II *bis* » ;

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

a) Après le 6°, il est inséré un 7° ainsi rédigé :

« 7° Les activités de soins dispensés par un hôpital établi dans un autre État à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application d'un accord conclu entre la France et l'État concerné. » ;

b) Au neuvième alinéa, après les mots : « au titre », sont insérés les mots : « du 7° du présent article et » ;

3° Après l'article L. 174-2-1, il est inséré un article L. 174-2-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-2-2.* – Une caisse primaire d'assurance maladie désignée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale peut verser à l'hôpital mentionné au 7° de l'article L. 174-1-1, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, les sommes dues au titre des soins dispensés à des patients relevant d'un régime obligatoire d'assurance maladie français, en application de l'accord mentionné à ce même 7°.

« Les sommes versées sont réparties entre les régimes selon les modalités prévues à l'article L. 174-2. »



### **Article 49**

À la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières, les mots : « financés par l'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « sanitaires et médico-sociaux financés par l'assurance maladie, quel que soit leur statut public ou privé ».

### **Article 50**

L'article L. 1111-3 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les sites informatiques des établissements de santé comportent des informations sur les tarifs et honoraires des professionnels de santé qui y exercent. »

### **Article 51**

À la fin du quatrième alinéa de l'article L. 6323-1 du code de la santé publique, les mots : « publics ou des établissements de santé d'intérêt collectif » sont supprimés.

### **Article 52**

Après l'article L. 344-1-1 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L. 344-1-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 344-1-2.* – Les frais de transport entre le domicile et l'établissement des personnes adultes handicapées fréquentant en accueil de jour les établissements mentionnés à l'article L. 344-1 ou les foyers d'accueil médicalisés mentionnés au 7° du I de l'article L. 312-1 sont inclus dans les dépenses d'exploitation de ces établissements et foyers et sont financés par l'assurance maladie. »

### **Article 53**

I. – Le I de l'article L. 14-10-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11° De réaliser, dans des conditions fixées par voie réglementaire, une étude relative à l'analyse des différents coûts de revient et tarifs des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 et relevant de sa compétence, sur la base des données qu'ils lui transmettent ainsi que le prévoit l'article L. 312-9. »

II. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 312-9 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'ils relèvent de son domaine de compétence, ils transmettent à la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie les données nécessaires à l'étude mentionnée au 11° du I de l'article L. 14-10-1 dans des conditions fixées par voie réglementaire. »

### **Article 54**

I. – Après le *d* du 3° de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un *e* ainsi rédigé :

« *e*) Être chargé pour le compte de ses membres des activités de pharmacie à usage interne mentionnées à l'article L. 5126-1 du code de la santé publique. »

II. – Au premier alinéa de l'article L. 5126-1 du code de la santé publique, après le mot : « sanitaire, », sont insérés les mots : « les groupements de coopération sociale et médico-sociale, ».

III. – Le présent article entre en vigueur à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

## **Article 55**

I. – Le II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque certaines dépenses afférentes à des établissements inclus dans le champ de l'objectif prévu au I justifient de par leur nature une gestion nationale, elles peuvent ne pas être réparties dans les dotations régionales. Leur montant et leur affectation sont fixés par l'arrêté interministériel prévu au même I. »

II. – L'article L. 314-3-1 du même code est complété par un 4° ainsi rédigé :

« 4° Les établissements pour personnes handicapées qui exercent légalement leur activité en Suisse ou dans un État membre de l'Union européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen, et qui servent des prestations à des enfants et adolescents handicapés ou aux jeunes adultes mentionnés aux deuxième et troisième alinéas de l'article L. 242-4, dans le cadre de conventions passées avec les organismes français de sécurité sociale gérant des régimes obligatoires d'assurance maladie dont ceux-ci relèvent en qualité d'ayants droit ou d'assurés. »

III. – À la première phrase du premier alinéa du 1 du I de l'article L. 14-10-5 du même code, la référence : « au 1° » est remplacée par les références : « aux 1° et 4° ».

IV. – Le présent article est applicable aux dépenses constatées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010.

## **Article 56**

I. – Le second alinéa de l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le mot : « aux » est remplacé par les mots : « en 2010 à la moitié des » ;

2° Sont ajoutés les mots : « et en 2011 au quart de ces sommes ».

II. – À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, le second alinéa de l'article L. 541-4 du même code est supprimé.

III. – À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2012, après le mot : « application », la fin du deuxième alinéa du *b* du III de l'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé : « de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, lorsque la personne aidée est une personne handicapée. »

### **Article 57**

Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, sont validés les reclassements intervenus, sans perte de rémunération pour les salariés, en application de l'article 7 de l'avenant n° 2002-02 du 25 mars 2002 portant rénovation de la convention collective nationale du 31 octobre 1951, sur la base de la position occupée sur l'échelle ou la grille indiciaire au 30 juin 2003.

### **Article 58**

L'article L. 344-1 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'application de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale relatif au forfait journalier ne peut conduire à faire descendre les ressources des personnes handicapées accueillies dans ces établissements au-dessous d'un minimum fixé par décret et par référence à l'allocation aux adultes handicapés. »

### **Article 59**

La contribution pour l'année 2010 des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement des agences régionales de santé correspond à une participation aux dépenses afférentes aux emplois transférés par les organismes d'assurance maladie et aux

crédits de fonctionnement s'y rapportant ainsi qu'à une participation au titre d'actions de prévention, fixées au prorata de la période effective de fonctionnement de ces agences, dans la limite, en année pleine, de 173 millions d'euros pour les dépenses en personnel et de 40 millions d'euros pour les actions de prévention. Elle est fixée par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'agriculture.

### **Article 60**

I. – Le montant de la dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds d'intervention pour la qualité et la coordination des soins, mentionné à l'article L. 221-1-1 du code de la sécurité sociale, est fixé à 228 millions d'euros pour l'année 2010.

II. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé à 264 millions d'euros pour l'année 2010.

III. – Le montant de la dotation globale pour le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, mentionnée à l'article L. 1142-23 du code de la santé publique, est fixé à 70 millions d'euros pour l'année 2010.

IV. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement de l'Établissement de préparation et de réponse aux urgences sanitaires est fixé à 44 millions d'euros pour l'année 2010.

V. – Pour l'année 2010, une dotation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé par arrêté des ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale et de l'intérieur, contribue au financement de l'équipement et du fonctionnement du dispositif d'interconnexion visé au quatrième alinéa de l'article L. 6311-2 du code de la santé publique dans les établissements de santé autorisés à comporter une ou plusieurs

unités participant au service d'aide médicale urgente conformément au premier alinéa du même article L. 6311-2.

### **Article 61**

Le IV de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Les sommes dues au titre des actions du fonds sont prescrites à son profit dès lors qu'elles n'ont pas fait l'objet soit d'un agrément ou d'une décision attributive de subvention, dans un délai d'un an à compter de la notification ou de la publication de l'acte de délégation des crédits du fonds, soit d'une demande de paiement justifiée dans un délai de trois ans à partir du premier jour de l'année suivant celle au cours de laquelle les droits ont été acquis.

« L'alinéa précédent est applicable aux sommes déléguées antérieurement à la date de son entrée en vigueur. »

### **Article 62**

I. – La dernière phrase de l'article L. 644-2 du code de la sécurité sociale est complétée par les mots : « , dans des conditions déterminées par décret, notamment concernant l'adaptation du mode de calcul des cotisations et des prestations ».

II. – L'article L. 723-6 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'État détermine les conditions dans lesquelles le mode de calcul de la cotisation et des prestations du régime d'assurance décès et invalidité est adapté pour l'affiliation des conjoints-collaborateurs. »

### Article 63

Pour l'année 2010, les objectifs de dépenses de la branche Maladie, maternité, invalidité et décès sont fixés :

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

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 155,7 milliards d'euros.

### Article 64

Pour l'année 2010, 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)*

	<b>Objectif de dépenses</b>
Dépenses de soins de ville .....	75,2
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité.....	52,4
Autres dépenses relatives aux établissements de santé .....	18,8
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées .....	7,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées .....	7,9
Autres prises en charge .....	1,0
<b>Total</b> .....	<b>162,4</b>

## Section 2

### Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

### Article 65

I. – L'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 351-4.* – I. – Une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres est attribuée aux femmes assurées sociales, pour chacun de leurs enfants, au titre de l'incidence sur leur vie professionnelle de la maternité, notamment de la grossesse et de l'accouchement.

« II. – Il est institué au bénéfice du père ou de la mère assuré social une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres attribuée pour chaque enfant mineur au titre de son éducation pendant les quatre années suivant sa naissance ou son adoption.

« Les parents désignent d'un commun accord le bénéficiaire de la majoration ou, le cas échéant, définissent la répartition entre eux de cet avantage.

« Cette option est exprimée auprès de la caisse d'assurance vieillesse compétente dans le délai de six mois à compter du quatrième anniversaire de la naissance de l'enfant ou de son adoption. Lorsqu'aucun des parents n'a la qualité d'assuré à cette date, ce délai court à compter de la date à laquelle le premier d'entre eux acquiert cette qualité.

« En cas de désaccord exprimé par l'un ou l'autre des parents dans le délai mentionné à l'alinéa précédent, la majoration est attribuée par la caisse d'assurance vieillesse compétente à celui des parents qui établit avoir assumé à titre principal l'éducation de l'enfant pendant la période la plus longue. À défaut, la majoration est partagée par moitié entre les deux parents.

« Le défaut d'option dans le délai mentionné ci-dessus est réputé, en l'absence de désaccord exprimé, valoir décision conjointe implicite de désignation de la mère.

« En cas de décès de l'enfant avant la fin de la quatrième année suivant sa naissance ou son adoption, la majoration reste due dans les conditions prévues au présent II.

« La décision, y compris implicite, des parents ou l'attribution de la majoration ne peut être modifiée, sauf en cas



de décès de l'un des parents avant la majorité de l'enfant. Dans ce cas, les trimestres sont attribués au parent survivant qui a effectivement élevé l'enfant.

« III. – Une majoration de durée d'assurance de quatre trimestres est attribuée, pour chaque enfant adopté durant sa minorité, à ses parents au titre de l'incidence sur leur vie professionnelle de l'accueil de l'enfant et des démarches préalables à celui-ci.

« Les parents désignent d'un commun accord le bénéficiaire de la majoration ou, le cas échéant, définissent la répartition entre eux de cet avantage. Cette option est exprimée auprès de la caisse d'assurance vieillesse compétente dans le délai de six mois à compter du quatrième anniversaire de l'adoption de l'enfant ou, lorsqu'aucun des parents n'a la qualité d'assuré à cette date, à compter de la date à laquelle le premier d'entre eux acquiert cette qualité. En cas de désaccord exprimé par l'un ou l'autre des parents dans ce délai, la majoration est attribuée par la caisse d'assurance vieillesse compétente à celui des parents qui établit avoir assumé à titre principal l'accueil et les démarches mentionnés à l'alinéa précédent ou, à défaut, est partagée par moitié entre les deux parents.

« Le défaut d'option dans le délai mentionné à l'alinéa précédent est réputé, en l'absence de désaccord exprimé, valoir décision conjointe implicite de désignation de la mère adoptante.

« La décision, y compris implicite, des parents ou l'attribution de la majoration ne peut être modifiée, sauf en cas de décès de l'un des parents avant la majorité de l'enfant. Dans ce cas, les trimestres sont attribués au parent survivant qui a effectivement élevé l'enfant.

« IV. – Sont substitués dans les droits des parents pour l'application du II les assurés auxquels l'enfant a été confié par une décision de justice rendue sur le fondement du deuxième alinéa de l'article 373-3 et du 2° de l'article 375-3 du code civil ou l'assuré bénéficiaire d'une délégation totale de l'autorité parentale en vertu du premier alinéa de l'article 377-1 du même

code, et qui assument effectivement l'éducation de l'enfant pendant quatre ans à compter de cette décision.

« V. – L'assuré ne peut bénéficier de la majoration prévue au II s'il a été privé de l'exercice de l'autorité parentale ou s'est vu retirer l'autorité parentale par une décision de justice au cours des quatre premières années de l'enfant.

« VI. – L'assuré ne peut bénéficier, au titre de la majoration prévue au II, d'un nombre de trimestres supérieur au nombre d'années durant lesquelles il a résidé avec l'enfant au cours de la période mentionnée au premier alinéa du même II.

« VII. – Lors de la liquidation de la pension de retraite, la majoration prévue au II ne peut être attribuée à l'un ou l'autre des parents lorsque chacun d'eux ne justifie pas d'une durée d'assurance minimale de deux ans auprès d'un régime de retraite légalement obligatoire d'un État membre de la Communauté européenne ou partie à l'accord sur l'Espace économique européen ou de la Confédération suisse. Ces dispositions ne sont pas applicables au parent qui a élevé seul l'enfant pendant tout ou partie de la période mentionnée au premier alinéa du II.

« VIII. – Lorsque le délai mentionné au II n'est pas écoulé à la date d'effet de la demande de retraite de l'un des parents, ce délai est réduit à deux mois à compter de la date de cette demande.

« IX. – Pour les enfants nés ou adoptés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010, les majorations de durée d'assurance prévues au présent article ne sont pas prises en compte pour le bénéfice des dispositions des articles L. 351-1-1 et L. 634-3-2, du II des articles L. 643-3 et L. 723-10-1 du présent code, de l'article L. 732-18-1 du code rural, de l'article L. 25 *bis* du code des pensions civiles et militaires de retraite et de l'article 57 de la loi n° 2004-1370 du 20 décembre 2004 de financement de la sécurité sociale pour 2005. Il en est de même des périodes d'assurance validées en application des *b* et *b bis* de l'article L. 12 et de l'article L. 12 *bis* du code des pensions

civiles et militaires de retraite ou de dispositions réglementaires ayant le même objet.

« X. – Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2015, le Gouvernement élabore, sur la base notamment des travaux du Conseil d’orientation des retraites et de l’Institut national de la statistique et des études économiques, un rapport faisant apparaître l’impact, par génération, de l’éducation des enfants sur le déroulement de la carrière des assurés sociaux et leurs droits à retraite. Il prépare à partir de ces données un rapport d’orientation qui est rendu public et transmis au Parlement. »

II. – L’article L. 351-5 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Au premier alinéa, les mots : « Le père » sont remplacés par le mot : « L’ » ;

2<sup>o</sup> Au second alinéa, le mot : « également » est supprimé.

III. – La sous-section 3 de la section 3 du chapitre III du titre VII du livre I<sup>er</sup> du même code est ainsi rétablie :

*« Sous-section 3*

*« Majorations de durée d’assurance accordées  
au titre des enfants*

« Art. L. 173-2-0-1. – Au titre d’un même enfant, le total des trimestres attribués à chacun des parents en application des II et III de l’article L. 351-4 ou de dispositions renvoyant à cet article ne peut être supérieur à quatre. Les mêmes II et III sont, le cas échéant, applicables à la répartition de ces trimestres entre les parents relevant de régimes d’assurance vieillesse différents.

« Art. L. 173-2-0-2. – Lorsque les deux parents remplissent, au titre d’un même enfant, l’un dans le régime général d’assurance vieillesse ou dans un régime appliquant les mêmes dispositions que celles de l’article L. 351-4, et l’autre dans un régime spécial de retraite, les conditions pour bénéficier de périodes d’assurance accordées au titre de l’accouchement, de la

grossesse, de l'adoption ou de l'éducation d'un enfant, il est fait application des seules règles du régime dont relève la mère de l'enfant. La liste des avantages attribuables dans les régimes spéciaux soumis aux règles prévues au présent article est fixée par décret. »

IV. – Après le mot : « points », la fin du troisième alinéa de l'article L. 643-1 du même code est ainsi rédigée : « au titre du trimestre civil au cours duquel survient l'accouchement, dans des conditions et limites fixées par décret. »

V. – Après l'article L. 643-1 du même code, il est inséré un article L. 643-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 643-1-1.* – Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues à l'article L. 351-4, adaptées en tant que de besoin par décret pour tenir compte des modalités particulières de calcul de la pension de ce régime. »

VI. – Après l'article L. 723-10-1 du même code, il est inséré un article L. 723-10-1-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 723-10-1-1.* – Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues à l'article L. 351-4, adaptées en tant que de besoin par décret pour tenir compte des modalités particulières de calcul de la pension de ce régime. »

VII. – Le deuxième alinéa de l'article 9 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon est ainsi rédigé :

« Les assurés du présent régime bénéficient des dispositions prévues à l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale, adaptées en tant que de besoin par décret. »

VIII. – Le présent article est applicable aux pensions de retraite prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> avril 2010.

IX. – Pour les enfants nés ou adoptés avant le 1<sup>er</sup> janvier 2010, les majorations prévues aux II et III de l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale sont attribuées à la mère sauf si, dans

un délai d'un an à compter de la publication de la présente loi, le père de l'enfant apporte la preuve auprès de la caisse d'assurance vieillesse qu'il a élevé seul l'enfant pendant une ou plusieurs années au cours de ses quatre premières années ou des quatre années suivant son adoption. Dans ce cas, les majorations sont attribuées au père à raison d'un trimestre par année.

Toutefois, pour les enfants nés ou adoptés après le 1<sup>er</sup> juillet 2006, le délai mentionné au précédent alinéa est porté à quatre ans et six mois à compter de la naissance ou de l'adoption de l'enfant.

X. – Les modalités d'information des assurés sur les nouvelles règles d'attribution des majorations de durée d'assurance par la caisse d'assurance vieillesse compétente sont fixées par décret.

### **Article 66**

L'article 2 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale est abrogé.

### **Article 67**

I. – L'article L. 341-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « , dont la pension d'invalidité a pris fin à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, » sont supprimés ;

b) Les mots : « n'y fait pas opposition » sont remplacés par les mots : « en fait expressément la demande » ;

2° Le deuxième alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« L'assuré qui exerce une activité professionnelle et qui, à l'âge prévu au premier alinéa de l'article L. 351-1, ne demande

pas l'attribution de la pension de vieillesse substituée continue de bénéficiaire de sa pension d'invalidité jusqu'à la date pour laquelle il demande le bénéfice de sa pension de retraite et au plus tard jusqu'à l'âge mentionné au 1<sup>o</sup> de l'article L. 351-8.

« Dans ce cas, ses droits à l'assurance vieillesse sont ultérieurement liquidés dans les conditions prévues aux articles L. 351-1 et L. 351-8. »

II. – L'article L. 732-36 du code rural est abrogé.

III. – La section 5 du chapitre I<sup>er</sup> du titre IV du livre III du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 341-14-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 341-14-1.* – Le service de la pension est suspendu lorsque l'assuré bénéficie des dispositions des articles L. 351-1-1, L. 351-1-3, L. 634-3-2 ou L. 634-3-3 du présent code, ou des articles L. 732-18-1 ou L. 732-18-2 du code rural.

« En cas de suspension de la pension dans ces conditions, ses avantages accessoires sont maintenus, notamment ceux prévus au 13<sup>o</sup> de l'article L. 322-3 et aux articles L. 355-1 et L. 815-24 du présent code. »

IV. – L'article L. 342-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le conjoint survivant invalide ne peut cumuler une pension de veuve ou de veuf et une pension de réversion prévue au chapitre III du titre V du livre III du présent code, servies au titre de la carrière du même assuré décédé. Celle des deux pensions dont le montant est le plus élevé est alors servie. »

V. – Le présent article est applicable à compter du 1<sup>er</sup> mars 2010.

### **Article 68**

Le premier alinéa de l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Toutefois, il peut être substitué à la cotisation forfaitaire une cotisation proportionnelle aux revenus professionnels non salariés tels que visés à l'article L. 642-2 pour les assurés reprenant ou poursuivant une activité relevant de l'article L. 643-6. »

### **Article 69**

L'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Aucune affiliation ne peut intervenir en application des dispositions ci-dessus lorsque, au titre du ou des enfants considérés et de la même période, la personne concernée bénéficie de la majoration de durée d'assurance prévue à l'article L. 351-5 du présent code ou de périodes d'assurance attribuées par des régimes spéciaux en application du 1° de l'article L. 9 du code des pensions civiles et militaires de retraite ou de dispositions réglementaires ayant le même objet. Les dispositions d'application du présent alinéa sont déterminées en tant que de besoin par décret. »

### **Article 70**

I. – L'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le 4° est complété par un *f* ainsi rédigé :

« *f*) Des périodes mentionnées au 1° de l'article L. 351-3 ; »

2° À l'avant-dernier alinéa, les références : « *d* et *e* » sont remplacées par les références : « *d*, *e* et *f* ».

II. – Le présent article entre en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2010.

## Article 71

I. – Après l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux articles L. 133-6-8-1 et L. 133-6-8-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 133-6-8-1.* – Le travailleur indépendant qui a opté pour le régime prévu à l'article L. 133-6-8 et qui déclare un montant de chiffre d'affaires ou de recettes nul pendant une période de trente-six mois civils ou de douze trimestres civils consécutifs perd le bénéfice de cette option.

« *Art. L. 133-6-8-2.* – Sans préjudice des droits aux prestations des assurances maladie, maternité et invalidité-décès, les bénéficiaires du régime prévu à l'article L. 133-6-8 qui déclarent, au titre d'une année civile, un montant de chiffre d'affaires ou de revenus non commerciaux correspondant, compte tenu des taux d'abattement définis aux articles 50-0 et 102 *ter* du code général des impôts, à un revenu inférieur à un montant minimal fixé par décret n'entrent pas dans le champ de la compensation assurée par l'État aux organismes de sécurité sociale dans le cadre dudit régime. »

II. – L'article 34 de la loi n° 2009-179 du 17 février 2009 pour l'accélération des programmes de construction et d'investissement publics et privés est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa du I, les mots : « et jusqu'à la signature des conventions qu'ils prévoient, et au plus tard le 1<sup>er</sup> janvier 2012, les cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants qui créent une activité relevant » sont remplacés par les mots : « , les cotisations et contributions de sécurité sociale des travailleurs indépendants qui relèvent » ;

2° Le II est abrogé.

III. – Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale et au IV de l'article 151-0 du code général des impôts, les options prévues au



premier alinéa du même article L. 133-6-8 et au premier alinéa du I du même article 151-0 peuvent être exercées par les travailleurs indépendants affiliés au 31 décembre 2009 à la caisse interprofessionnelle d'assurance vieillesse, au titre de l'année 2010, jusqu'au 28 février 2010.

## **Article 72**

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

1° Le dernier alinéa de l'article L. 351-14 est ainsi rédigé :

« Les cotisations sont égales à celles dues en application de l'article L. 351-14-1. » ;

2° L'article L. 742-1 est ainsi modifié :

a) Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Les personnes salariées ou assimilées travaillant hors du territoire français et ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée par décret ; »

b) Au 2°, les mots : « de nationalité française » sont remplacés par les mots : « ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée par décret » ;

3° L'article L. 742-2 est ainsi modifié :

a) À la fin du premier alinéa, les mots : « afférentes à ces périodes » sont remplacés par une phrase ainsi rédigée :

« Les cotisations sont égales à celles dues en application de l'article L. 351-14-1. » ;

b) Au second alinéa, les mots : « de nationalité française » sont remplacés par les mots : « ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée par décret, » ;

4° À la fin de l'article L. 742-3, les mots : « , le mode de calcul des cotisations et les coefficients de revalorisation qui leur sont applicables » sont remplacés par les mots : « et le mode de calcul des cotisations » ;

5° À la première phrase du 1° de l'article L. 742-6 et au deuxième alinéa de l'article L. 742-7, les mots : « de nationalité française » sont remplacés par les mots : « ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, » ;

6° À la fin du premier alinéa de l'article L. 742-7, les mots : « afférentes à ces périodes » sont remplacés par les mots : « fixées par référence à celles dues en application de l'article L. 634-2-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée aux articles L. 622-3 et L. 622-4, ou par référence à celles dues en application de l'article L. 643-2 si elles exercent une activité professionnelle énumérée à l'article L. 622-5 ».

## II. – Le code rural est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 722-18, les mots : « de nationalité française résidant à l'étranger » sont remplacés par les mots : « ayant été à la charge, à quelque titre que ce soit, d'un régime obligatoire français d'assurance maladie pendant une durée déterminée, résidant à l'étranger et » ;

2° À la fin du premier alinéa de l'article L. 732-52, les mots : « afférentes à ces périodes » sont remplacés par les mots : « égales à celles dues en application de l'article L. 732-27-1 ».

III. – Le présent article est applicable aux demandes d'adhésion et de rachat déposées à compter d'une date fixée par décret et au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

## **Article 73**

Pour l'année 2010, les objectifs de dépenses de la branche Vieillesse sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 195,0 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 102,9 milliards d'euros.

### Section 3

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

### **Article 74**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 242-7 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Son taux, la durée pendant laquelle elle est due et son montant forfaitaire minimal sont fixés par arrêté. » ;

2° Avant le dernier alinéa de l'article L. 422-4, il est inséré un 1° *bis* ainsi rédigé :

« 1° *bis* Imposition découlant d'une répétition dans un établissement dans un délai déterminé de certaines situations particulièrement graves de risque exceptionnel définies par arrêté et qui ont donné lieu à une première injonction à cet établissement ; »

3° L'article L. 422-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La caisse mentionnée au premier alinéa peut également accorder, dans des conditions définies par arrêté, des subventions aux entreprises éligibles aux programmes de prévention définis par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ou par la caisse mentionnée au premier alinéa après avis des comités techniques mentionnés respectivement aux articles L. 422-1 et L. 215-4. Ces programmes précisent les risques et les catégories d'entreprises éligibles ainsi que les montants financiers susceptibles d'être alloués. Une subvention

ne peut être accordée à une entreprise que si le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail ou, à défaut, les délégués du personnel ont été informés des mesures de prévention préalablement à leur mise en œuvre. »

### **Article 75**

I. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante est fixé à 880 millions d'euros pour l'année 2010.

II. – Le montant de la contribution de la branche Accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante est fixé à 315 millions d'euros pour l'année 2010.

### **Article 76**

Avant le 30 septembre 2010, le Gouvernement remet au Parlement un rapport évaluant la faisabilité d'une voie d'accès individuelle au dispositif de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante ainsi que le nombre de salariés potentiellement concernés par ce dispositif.

### **Article 77**

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé à 710 millions d'euros pour l'année 2010.

### **Article 78**

Pour l'année 2010, 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 12,9 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 11,4 milliards d'euros.

#### Section 4

### **Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille**

#### **Article 79**

À l'article L. 542-9 du code de la sécurité sociale, après les mots : « leurs allocataires », sont insérés les mots : « , ainsi qu'à l'assistant maternel mentionné à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles, ».

#### **Article 80**

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

1° Au quatrième alinéa de l'article L. 2324-1, le mot : « conditions » est remplacé, deux fois, par les mots : « seules conditions exigibles » et les mots : « voie réglementaire » sont remplacés par le mot : « décret » ;

2° L'article L. 2324-2 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 2324-2.* – Le médecin responsable du service départemental de protection maternelle et infantile vérifie que les conditions mentionnées au quatrième alinéa de l'article L. 2324-1 sont respectées par les établissements et services mentionnés au même article. »

II. – Le deuxième alinéa de l'article L. 421-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Un référentiel approuvé par décret en Conseil d'État fixe les critères d'agrément. »

### **Article 81**

Après l'article L. 2324-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2324-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 2324-2-1.* – L'autorisation mentionnée au premier alinéa de l'article L. 2324-1 prévoit, à la demande du responsable d'un établissement ou d'un service, des capacités d'accueil différentes suivant les périodes de l'année, de la semaine ou de la journée, compte tenu des variations prévisibles des besoins d'accueil. »

### **Article 82**

L'article L. 214-2-1 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Les mots : « assistants maternels, qui a pour rôle d'informer les parents et les assistants maternels sur ce mode » sont remplacés par les mots : « d'accueil de la petite enfance, qui a pour rôle d'informer les parents, les assistants maternels et les auxiliaires parentaux employés par des particuliers sur ces modes » ;

2° Les mots : « aux assistants maternels » sont remplacés par les mots : « aux professionnels visés ci-dessus » ;

3° Après le mot : « professionnelle », sont insérés les mots : « ainsi que leurs possibilités d'évolution de carrière ».

### **Article 83**

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 421-4 du code de l'action sociale et des familles, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Le nombre d'enfants pouvant être accueillis simultanément fixé par l'agrément est sans préjudice du nombre de contrats de travail, en cours d'exécution, de l'assistant maternel.

« Le premier agrément de l'assistant maternel autorise l'accueil de deux enfants au minimum, sauf si les conditions d'accueil ne le permettent pas. Le refus de délivrer un premier agrément autorisant l'accueil de deux enfants ou plus est motivé. »

II. – L'article L. 421-14 du même code est ainsi modifié :

1° Les deuxième et troisième alinéas sont ainsi rédigés :

« La durée de la formation obligatoirement suivie par l'assistant maternel avant d'accueillir des enfants ne peut être supérieure au quart de la durée totale de la formation. Le deuxième quart de la formation doit être suivi dans les six mois suivant l'accueil du premier enfant. Des dispenses de formation peuvent être accordées à l'assistant maternel qui justifie d'une formation antérieure équivalente.

« Une initiation aux gestes de secourisme est obligatoire pour exercer la profession d'assistant maternel. » ;

2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« La durée et le contenu des formations suivies par un assistant maternel figurent sur son agrément. »

#### **Article 84**

Pour l'année 2010, les objectifs de dépenses de la branche Famille sont fixés :

1° Pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de sécurité sociale, à 54,5 milliards d'euros ;

2° Pour le régime général de la sécurité sociale, à 54,1 milliards d'euros.

## Section 5

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

#### **Article 85**

L'article L. 723-12-3 du code rural est ainsi rédigé :

« *Art. L. 723-12-3.* – Le conseil d'administration de la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole peut prescrire aux organismes de mutualité sociale agricole toutes mesures tendant à la limitation de leurs dépenses budgétaires ou à une plus grande maîtrise des coûts de gestion administrative et technique et des risques financiers.

« Si les mesures prescrites ne sont pas mises en œuvre, le conseil d'administration peut mettre en demeure l'organisme de prendre, dans un délai déterminé, toutes mesures de redressement utiles.

« À titre exceptionnel, si cette mise en demeure reste sans effet, le conseil d'administration de la caisse centrale peut constituer en son sein une commission qui se substitue au conseil d'administration de l'organisme local pour la mise en œuvre des mesures de redressement nécessaires, pour une durée qu'il fixe et qui est strictement nécessaire à cette mise en œuvre.

« Cette commission peut s'adjoindre des personnalités qualifiées désignées par le conseil d'administration de la caisse centrale. La composition de cette commission est soumise à l'approbation du ministre chargé de l'agriculture. Les décisions de la commission sont soumises au contrôle de l'État dans les conditions prévues par l'article L. 152-1 du code de la sécurité sociale et sont exécutoires par les directeurs des caisses concernées dès leur approbation. »



Section 6

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

**Article 86**

Pour l'année 2010, les prévisions des charges des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale sont fixées à :

*(En milliards d'euros)*

	<b>Prévisions de charges</b>
Fonds de solidarité vieillesse .....	17,4

Section 7

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

**Article 87**

I. – L'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

« Peuvent faire l'objet d'une pénalité prononcée par le directeur de l'organisme chargé de la gestion des prestations familiales ou des prestations d'assurance vieillesse, au titre de toute prestation servie par l'organisme concerné :

« 1° L'inexactitude ou le caractère incomplet des déclarations faites pour le service des prestations ;

« 2° L'absence de déclaration d'un changement dans la situation justifiant le service des prestations ;

« 3° L'exercice d'un travail dissimulé, constaté dans les conditions prévues à l'article L. 114-15, par le bénéficiaire de

prestations versées sous conditions de ressources ou de cessation d'activité ;

« 4° Les agissements visant à obtenir ou à tenter de faire obtenir le versement indu de prestations servies par un organisme mentionné au premier alinéa, même sans en être le bénéficiaire. » ;

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

« Cette limite est doublée en cas de récidive. » ;

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

« La personne concernée peut former, dans un délai fixé par voie réglementaire, un recours gracieux contre cette décision auprès du directeur. Ce dernier statue après avis d'une commission composée et constituée au sein du conseil d'administration de l'organisme. Cette commission apprécie la responsabilité de la personne concernée dans la réalisation des faits reprochés. Si elle l'estime établie, elle propose le prononcé d'une pénalité dont elle évalue le montant. L'avis de la commission est adressé simultanément au directeur de l'organisme et à l'intéressé. » ;

4° Le troisième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La pénalité ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, des articles L. 262-52 ou L. 262-53 du code de l'action sociale et des familles. » ;

5° Au dernier alinéa, le mot : « article » est remplacé par la référence : « I » et les mots : « , notamment les situations mentionnées au premier alinéa et le barème des pénalités, » sont supprimés ;

6° Il est ajouté un II ainsi rédigé :

« II. – Lorsque l'intention de frauder est établie, le montant de la pénalité ne peut être inférieur à un dixième du plafond mensuel de la sécurité sociale. En outre, la limite du montant de la pénalité prévue au I du présent article est portée à quatre fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. Dans le cas d'une fraude commise en bande organisée au sens de l'article 132-71 du code pénal, cette limite est portée à huit fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. »

II. – Au premier alinéa de l'article L. 114-15 du même code, après la référence : « L. 114-16 », est insérée la référence : « , L. 114-17 ».

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

1° Le deuxième alinéa de l'article L. 262-52 est complété par une phrase ainsi rédigée :

« L'amende administrative ne peut pas être prononcée s'il a été fait application, pour les mêmes faits, de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale. » ;

2° À l'avant-dernier alinéa de l'article L. 262-53, après le mot : « active », sont insérés les mots : « , la pénalité mentionnée à l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale » et, après la référence : « L. 262-52 », sont insérés les mots : « du présent code ».

IV. – Le I du présent article s'applique aux faits commis postérieurement à la date de publication du décret pris pour l'application de l'article L. 114-17 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction résultant de la présente loi.

## **Article 88**

I. – L'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « ou le demandeur » sont remplacés par les mots : « , le demandeur ou le bailleur » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « ou les demandeurs » sont remplacés par les mots : « , les demandeurs ou les bailleurs » ;

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

« Ils peuvent contrôler les déclarations des bailleurs afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation mentionnée à l'article L. 542-1 est perçue. » ;

4° Au sixième alinéa, les mots : « ou aux demandeurs » sont remplacés par les mots : « , aux demandeurs, aux bailleurs » ;

5° Au septième alinéa, les mots : « ou des demandeurs » sont remplacés par les mots : « , des demandeurs et des bailleurs ».

II. – L'article L. 831-7 du même code est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « ou le demandeur » sont remplacés par les mots : « , le demandeur ou le bailleur » ;

2° Le troisième alinéa est ainsi modifié :

a) Les mots : « ou les demandeurs » sont remplacés par les mots : « , les demandeurs ou les bailleurs » ;

b) Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

« Ces organismes peuvent contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'allocation de logement est perçue. » ;

3° À la première phrase de l'avant-dernier alinéa, après le mot : « sont », est inséré le mot : « également » ;

4° Au dernier alinéa, après le mot : « logement », sont insérés les mots : « ou des bailleurs ».

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

1° Au deuxième alinéa, les mots : « ou le demandeur » sont remplacés par les mots : « , le demandeur ou le bailleur » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « ou les demandeurs » sont remplacés par les mots : « , les demandeurs ou les bailleurs » ;

3° Après la première phrase du dernier alinéa, est insérée une phrase ainsi rédigée :

« Il peut également contrôler les déclarations des bailleurs, afin de vérifier notamment l'existence ou l'occupation du logement pour lequel l'aide personnalisée au logement est perçue. »

IV. – L'article L. 152 A du livre des procédures fiscales est ainsi modifié :

1° Au début, les mots : « Conformément à l'article L. 583-3 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « En application des articles L. 583-3 et L. 831-7 du code de la sécurité sociale et L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation » ;

2° Sont ajoutés les mots : « et des bailleurs ».

### **Article 89**

Le dernier alinéa du I de l'article 110 de la loi n° 2007-1786 du 19 décembre 2007 de financement de la sécurité sociale pour 2008 est ainsi modifié :

1° À la première phrase, l'année : « 2009 » est remplacée par l'année : « 2010 » ;

2° À la dernière phrase, la date : « juin 2009 » est remplacée par la date : « septembre 2010 ».

## Article 90

I. – Le dernier alinéa du II de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

« Lorsqu'un contrôle effectué par un médecin à la demande de l'employeur, en application de l'article L. 1226-1 du code du travail, conclut à l'absence de justification d'un arrêt de travail ou fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré, ce médecin transmet son rapport au service du contrôle médical de la caisse dans un délai maximal de quarante-huit heures. Le rapport précise si le médecin diligenté par l'employeur a ou non procédé à un examen médical de l'assuré concerné. Au vu de ce rapport, ce service :

« 1° Soit demande à la caisse de suspendre les indemnités journalières. Dans un délai fixé par décret à compter de la réception de l'information de suspension des indemnités journalières, l'assuré peut demander à son organisme de prise en charge de saisir le service du contrôle médical pour examen de sa situation. Le service du contrôle médical se prononce dans un délai fixé par décret ;

« 2° Soit procède à un nouvel examen de la situation de l'assuré. Ce nouvel examen est de droit si le rapport a fait état de l'impossibilité de procéder à l'examen de l'assuré. »

II. – Le chapitre III du titre II du livre III du même code est complété par un article L. 323-7 ainsi rédigé :

« *Art. L. 323-7.* – Lorsqu'une prescription d'arrêt de travail intervient, dans un délai précisé par décret, à la suite d'une décision de suspension des indemnités journalières, la reprise du service de ces dernières est subordonnée à l'avis du service du contrôle médical rendu dans un délai défini par décret. »

III. – Après le troisième alinéa de l'article L. 613-20 du même code, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque la prestation supplémentaire consiste en l'octroi des indemnités journalières prévues au 5° de l'article L. 321-1, le

bénéficiaire est soumis aux obligations fixées à l'article L. 323-6, sous peine des pénalités prévues à cet article. L'article L. 323-7 lui est également applicable. »

### **Article 91**

Afin d'harmoniser les règles et modalités de contrôle des assurés se trouvant dans l'incapacité physique médicalement constatée de continuer ou de reprendre le travail, le contrôle des arrêts de travail dus à une maladie d'origine non professionnelle des personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'État est confié, à titre expérimental et par dérogation à l'article 35 de la même loi, aux caisses primaires d'assurance maladie et aux services du contrôle médical placés près d'elles. Cette expérimentation s'applique aux arrêts prescrits pour une durée inférieure à six mois consécutifs et n'ouvrant pas droit au régime des congés de longue maladie ou de longue durée.

I. – L'expérimentation porte à la fois sur le contrôle médical des arrêts de travail, tel que prévu aux I, II, IV *bis* et V de l'article L. 315-1 du code de la sécurité sociale, et le contrôle des heures de sortie autorisées, tel que prévu au 3° de l'article L. 323-6 du même code.

Toute personne mentionnée à l'article 2 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 précitée est tenue de se soumettre aux contrôles organisés, dans le cadre de l'expérimentation, par le service du contrôle médical et la caisse primaire. La caisse informe l'administration lorsque la personne qui doit faire l'objet du ou des contrôles ne respecte pas cette obligation.

Lorsque le service du contrôle médical estime que la prescription d'un arrêt de travail n'est pas ou n'est plus médicalement justifiée, il en informe l'administration. L'avis rendu par le service du contrôle médical s'impose à l'administration.

Lorsque les agents de la caisse primaire d'assurance maladie constatent l'absence du domicile en dehors des heures de sortie autorisées et le caractère volontaire de l'inobservation de cette obligation, la caisse en informe l'administration.

La liste des administrations, des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la fonction publique et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention définit également les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de trois mois à compter de la publication de la présente loi.

II. – En cas de non-respect de l'obligation de se soumettre aux contrôles organisés par le service du contrôle médical et la caisse primaire, l'administration peut interrompre le versement de la rémunération.

En cas de non-respect des heures de sortie autorisées, non justifié par des soins ou des examens médicaux, l'administration peut retenir une partie de la rémunération, dans la limite de 50 %.

En cas d'absence de justification médicale de l'arrêt de travail, l'administration enjoint le fonctionnaire à reprendre ses fonctions sous peine d'interruption du versement de sa rémunération. Le fonctionnaire doit reprendre ses fonctions sans délai, dès notification de la décision administrative, sauf à saisir le comité médical de l'avis du service du contrôle médical.

III. – Le comité médical compétent peut être saisi par le fonctionnaire de l'avis rendu par le service du contrôle médical.

Les décisions prises par l'administration en application du II peuvent être contestées par les voies de recours gracieux ou



hiérarchique et de recours contentieux devant la juridiction administrative compétente.

IV. – L'expérimentation prévue au présent article prend effet à compter de la signature de la convention prévue au dernier alinéa du I, pour une durée de deux ans. Le Gouvernement transmet au Parlement un rapport d'évaluation, au plus tard six mois avant la fin de l'expérimentation.

V. – L'expérimentation prévue au présent article s'applique également aux personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale, par dérogation à l'article 58 de la même loi, dès lors qu'elles relèvent d'une collectivité territoriale volontaire pour y participer et répondant aux critères du nombre de fonctionnaires minimal fixé par la convention-cadre nationale, prévue à l'alinéa suivant.

La liste des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé des collectivités territoriales et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention détermine également le nombre minimal de fonctionnaires devant être employés par les collectivités territoriales volontaires pour participer à l'expérimentation. Elle définit enfin les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.

Des conventions locales, signées entre les caisses et collectivités territoriales expérimentatrices, déterminent les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation dans le respect de la convention cadre précitée. Elles doivent être signées dans un délai de trois mois après signature de la convention mentionnée à l'alinéa précédent.

L'expérimentation s'applique dans les mêmes conditions aux personnes mentionnées à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, par dérogation à l'article 42 de la même loi, dès lors qu'elles relèvent d'un établissement public de santé volontaire pour y participer et répondant aux critères du nombre de fonctionnaires minimal fixé par la convention-cadre nationale, prévue à l'alinéa suivant.

La liste des caisses primaires d'assurance maladie et des services du contrôle médical participant à l'expérimentation est fixée par une convention conclue entre le ministre chargé de la sécurité sociale, le ministre chargé de la santé et le directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Elle est publiée par décision du directeur général de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention détermine également le nombre minimal de fonctionnaires devant être employés par les établissements publics de santé volontaires pour participer à l'expérimentation. Elle définit enfin les engagements réciproques des signataires et prévoit les indicateurs de suivi de l'expérimentation. Elle doit être signée dans un délai de six mois à compter de la publication de la présente loi.

Des conventions locales, signées entre les caisses et établissements publics de santé expérimentateurs, déterminent les modalités pratiques de mise en œuvre de l'expérimentation dans le respect de la convention-cadre précitée. Elles doivent être signées dans un délai de trois mois après signature de la convention mentionnée à l'alinéa précédent.

## **Article 92**

I. – À la première phrase du III de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, après le mot : « déterminables », sont insérés les mots : « , réserve faite de l'application de l'article L. 162-1-14-2 ».

II. – Après l'article L. 162-1-14-1 du même code, il est inséré un article L. 162-1-14-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-14-2.* – Le contrôle d'une pharmacie, d'un laboratoire de biologie médicale, d'un établissement de santé, d'un fournisseur de produits ou prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1, d'une société de transport sanitaire ou d'une entreprise de taxi mentionnée au second alinéa de l'article L. 322-5 concernant l'ensemble de son activité ou un ou plusieurs des éléments de celle-ci énumérés par décret en Conseil d'État est réalisé par le directeur de l'organisme local d'assurance maladie sur la base d'un échantillon dont la méthode d'élaboration est définie par décret en Conseil d'État, après avis conforme du directeur de l'union prévue à l'article L. 182-2, lorsque le chiffre d'affaires annuel de ces structures excède un seuil fixé, pour chacune de ces catégories de structures, par ce décret. Pour les établissements de santé, le contrôle de l'activité ou des éléments d'activité réalisé dans ce cadre ne peut porter sur les manquements aux règles de facturation fixées en application de l'article L. 162-22-6.

« En cas de constat de sommes indûment versées par l'organisme local d'assurance maladie, le directeur de l'organisme local d'assurance maladie peut alors prononcer une pénalité selon la procédure prévue à l'article L. 162-1-14, dont le montant est fixé par dérogation aux dispositions de cet article.

« Le montant de la pénalité est alors fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des dépenses prises en charge par l'organisme local d'assurance maladie au cours de la période contrôlée ou, si le contrôle porte sur un ou plusieurs éléments d'activité ou prestations en particulier, sur la base des dépenses afférentes à ceux-ci. Il est tenu compte des prestations servies au titre de la protection complémentaire en matière de santé et de l'aide médicale de l'État pour la fixation de cette base. Le montant ainsi calculé peut être supprimé, minoré ou majoré dans la limite de 25 %, en fonction de la gravité des faits reprochés. Lorsque les sommes indûment versées sont principalement liées

à des fraudes au sens de l'article L. 162-1-14, ce pourcentage de majoration peut être porté à 100 %.

« La notification prévue au premier alinéa du IV de l'article L. 162-1-14 fait état de la méthodologie de contrôle employée.

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

III. – Le II du présent article s'applique aux faits postérieurs à la date de publication du décret pris pour l'application de l'article L. 162-1-14-2 du code de la sécurité sociale.

### **Article 93**

I. – La section 3 du chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 133-4-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-4-6.* – La prescription est interrompue par une des causes prévues par le code civil. À l'exception des taxes, cotisations et contributions dues ou recouvrées par les organismes chargés du recouvrement, l'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, quels qu'en aient été les modes de délivrance. »

II. – L'article L. 262-45 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La prescription est interrompue par une des causes prévues par le code civil. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, quels qu'en aient été les modes de délivrance. »

III. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La prescription est interrompue par une des causes prévues par le code civil. L'interruption de la prescription peut, en outre, résulter de l'envoi d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, quels qu'en aient été les modes de délivrance. »

IV. – Les articles L. 553-1, L. 821-5 et L. 835-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-45 du code de l'action sociale et des familles et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation sont complétés par un alinéa ainsi rédigé :

« La prescription est interrompue tant que l'organisme débiteur des prestations familiales se trouve dans l'impossibilité de recouvrer l'indu concerné en raison de la mise en œuvre d'une procédure de recouvrement d'indus relevant des articles L. 553-2, L. 821-5-1 ou L. 835-3 du code de la sécurité sociale, L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles ou L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation. »

V. – 1. Aux articles 7-3 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, 20-9 de l'ordonnance n° 96-1122 du 20 décembre 1996 relative à l'amélioration de la santé publique à Mayotte, 12 de 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, 20 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 relative à la protection sanitaire et sociale à Mayotte, après les mots : « Les articles », est insérée la référence : « L. 133-4-6, ».

2. L'article 40 de l'ordonnance n° 2002-411 du 27 mars 2002 précitée est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 133-4-6 du code de la sécurité sociale est applicable à l'allocation pour adulte handicapé. »

3. L'article 22 de l'ordonnance n° 2006-1588 du 13 décembre 2006 relative au régime de prévention, de

réparation et de tarification des accidents du travail et des maladies professionnelles à Mayotte est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'article L. 133-4-6 du code de la sécurité sociale est applicable à Mayotte. »

#### **Article 94**

Après l'article L. 133-4-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 133-4-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-4-5.* – L'infraction définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail entraîne l'annulation des exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales applicables au titre des rémunérations versées aux salariés employés par le donneur d'ordre pour chacun des mois au cours duquel il est constaté par procès-verbal de travail dissimulé qu'il a participé au délit de travail dissimulé en qualité de complice de son sous-traitant, et ce dès l'établissement du procès-verbal.

« L'annulation des exonérations et réductions de cotisations et contributions sociales s'applique dans les conditions fixées par l'article L. 133-4-2 du présent code. »

#### **Article 95**

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

1° À la première phrase du 1° du II, après le mot : « publique », sont insérés les mots : « , du code rural » ;

2° Après le mot : « obligations », la fin du 9° du même II est ainsi rédigée : « relatives à la déclaration d'accident du travail à l'organisme local d'assurance maladie et à la remise de la feuille d'accident à la victime ; »

3° Au premier alinéa du VI, après la référence : « 3° », est insérée la référence : « ou au 4° ».

II. – L'article L. 471-1 du même code est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, après la référence : « L. 441-2 », est insérée la référence : « , de l'article L. 441-4 » ;

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

« La caisse primaire d'assurance maladie recouvre auprès des employeurs ou de leurs préposés n'ayant pas satisfait à ces dispositions l'indu correspondant à la totalité des dépenses faites à l'occasion de l'accident et peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 162-1-14. » ;

3° Le troisième alinéa est ainsi modifié :

a) Le mot : « poursuit » est remplacé par le mot : « recouvre » et les mots : « le remboursement de » sont remplacés par les mots : « l'indu correspondant à » ;

b) Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

« Si, à cette occasion, il est constaté l'un des faits mentionnés au premier alinéa du présent article, la caisse peut prononcer la pénalité prévue à l'article L. 162-1-14, sans préjudice d'autres sanctions, le cas échéant. »

## **Article 96**

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après l'article L. 243-3, il est inséré un article L. 243-3-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 243-3-1.* – L'article L. 652-3 est applicable au recouvrement des contributions et cotisations sociales dues au titre de l'emploi de personnel salarié dès lors qu'elles font l'objet d'un redressement, opéré à la suite d'un constat d'une infraction

définie aux articles L. 8221-3 et L. 8221-5 du code du travail, ainsi qu'aux majorations et pénalités y afférentes. » ;

2° L'article L. 652-3 est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après le mot : « cotisations », sont insérés les mots : « , des contributions » ;

b) Après le mot : « retard », la fin du même alinéa est supprimée.

### **Article 97**

I. – Après le premier alinéa des articles L. 553-2 et L. 821-5-1, le troisième alinéa de l'article L. 835-3 du code de la sécurité sociale et le quatrième alinéa des articles L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles et L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions précédentes, lorsqu'un indu a été constitué sur une prestation versée en tiers payant, l'organisme peut, si d'autres prestations sont versées directement à l'allocataire, recouvrer l'indu sur ces prestations selon des modalités et des conditions précisées par décret. »

II. – Au second alinéa de l'article L. 821-5-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa » ;

III. – Au cinquième alinéa de l'article L. 351-11 du code de la construction et de l'habitation, les mots : « à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « au quatrième alinéa ».

IV. – L'article L. 262-46 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Au quatrième alinéa, la référence : « L. 351-11 » est remplacée par la référence : « L. 351-1 » ;



2° Au cinquième alinéa, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième ».

V. – Au deuxième alinéa de l'article L. 553-4 et au second alinéa de l'article L. 821-5-1 du code de la sécurité sociale, le mot : « deuxième » est remplacé par le mot : « troisième ».

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 26 novembre 2009.*

*Le Président,*

*Signé : Gérard LARCHER*

## **ANNEXES**

## ANNEXE A

### **Rapport décrivant les mesures prévues pour l'affectation des excédents et la couverture des déficits constatés sur l'exercice 2008**

#### I. – S'agissant du régime général :

Les comptes du régime général ont été déficitaires de 10,2 milliards d'euros en 2008. La branche Maladie a enregistré un déficit de 4,4 milliards d'euros, la branche Vieillesse un déficit de 5,6 milliards d'euros et la branche Famille un déficit de 0,3 milliard d'euros. Seule la branche Accidents du travail-maladies professionnelles (AT-MP) a présenté un résultat excédentaire de 0,2 milliard d'euros.

L'article 10 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu que la Caisse d'amortissement de la dette sociale couvrirait les déficits cumulés au 31 décembre 2008 des branches Maladie et Vieillesse du régime général ainsi que ceux du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) dans la limite de 27 milliards d'euros.

Les modalités du transfert ont été fixées par deux décrets successifs (décrets n° 2008-1375 du 19 décembre 2008 et n° 2009-927 du 28 juillet 2009). Un premier versement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) de 10 milliards d'euros a été effectué en décembre 2008. Deux versements ont eu lieu les 6 février et 6 mars 2009 pour un montant de 16,9 milliards d'euros. Un dernier versement de régularisation a été effectué le 4 août 2009 pour 100 millions d'euros.

Compte tenu des précédentes opérations de reprise de dette, ainsi que des affectations des résultats excédentaires de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV) au Fonds de réserve pour les retraites (FRR), les déficits concernés se sont élevés au total à 27,01 milliards d'euros, dont 13,9 milliards d'euros pour

la CNAV, 9,1 milliards d'euros pour la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS), et 4,0 milliards d'euros pour le FSV. Comme le transfert de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) était plafonné à 27 milliards d'euros, les règles de priorité définies par la loi ont été appliquées : le montant transféré à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS) a en conséquence été réduit de 9 millions d'euros.

Conformément à l'article 4 *bis* de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, de niveau organique, des ressources additionnelles ont été transférées à la CADES, sous la forme d'une fraction de 0,2 point de contribution sociale généralisée (CSG) (en provenance du Fonds de solidarité vieillesse), afin de garantir que la durée d'amortissement de la dette portée par la caisse ne soit pas allongée du fait de cette opération.

Le déficit de la branche Famille qui n'entrait pas dans le champ de l'article 10 est couvert par les excédents cumulés de la branche (soit 2,4 milliards d'euros depuis la reprise de dette de 1998). D'un point de vue financier, il est à noter que l'ensemble de ces sommes sont gérées simultanément au sein de la trésorerie centrale de l'ACOSS même si les résultats de chaque branche restent isolés dans les écritures de l'agence. À cet égard, le solde du compte « bancaire » de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) auprès de l'ACOSS reste positif, à hauteur de 2,1 milliards d'euros au 31 décembre 2008.

L'excédent de la branche AT-MP est resté acquis à cette branche.

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

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

Le FFIPSA a enregistré un déficit de 2,7 milliards d’euros pour l’exercice 2008 : 1,5 milliard d’euros pour la branche Maladie et 1,2 milliard d’euros pour la branche Vieillesse.

L’article 17 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 précitée a supprimé le FFIPSA. L’article 61 de la loi n° 2008-1425 du 27 décembre 2008 de finances pour 2009 a pour sa part prévu la reprise de la dette cumulée du fonds par l’État. Le régime a ainsi perçu fin décembre 2008 7,9 milliards d’euros correspondant aux déficits cumulés prévisionnels de la branche Maladie et de la branche Vieillesse.

Ce montant étant finalement surévalué de 0,4 milliard d’euros, il a été transféré à titre transitoire à la branche Vieillesse du régime des non-salariés agricoles géré depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2009 par la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA). Le projet de loi de finances rectificative pour 2009 devrait affecter cette somme à l’apurement des dettes de l’État vis-à-vis de la CCMSA.

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

Le FSV a été excédentaire en 2008 pour la deuxième année consécutive (+ 0,8 milliard d’euros). Cependant, ses déficits cumulés représentaient 4,0 milliards d’euros à fin 2008.

Comme pour les branches Maladie et Vieillesse du régime général, les déficits cumulés du fonds au 31 décembre 2008 ont été transférés à la CADES conformément à l’article 10 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 précitée.

## ANNEXE B

### **Rapport décrivant les prévisions de recettes et les objectifs de dépenses par branche des régimes obligatoires de base et du régime général, les prévisions de recettes et de dépenses des organismes concourant au financement de ces régimes ainsi que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour les quatre années à venir**

#### **Hypothèses d'évolution moyenne sur la période 2010-2013**

(En %)

	2009	2010	2011	2012	2013
Produit intérieur brut en volume.....	-2,25	0,8	2,50	2,50	2,50
Masse salariale privée.....	-2,00	-0,40	5,00	5,00	5,00
Inflation.....	0,40	1,20	1,75	1,75	1,75
Objectif national de dépenses d'assurance maladie (en valeur).....	3,4	3,0	3,0	3,0	3,0

Le scénario économique retenu est identique à celui présenté dans le cadre du rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2010. Il tient compte des hypothèses retenues dans le cadre de la programmation pluriannuelle des finances publiques en termes de croissance, avec une évolution du PIB de 2,5 % par an à partir de 2011. Le rebond de croissance à partir de 2011 repose sur l'hypothèse d'un retour de l'environnement international sur un sentier de croissance moyen et un rattrapage partiel des retards de croissance accumulés entre 2008 et 2010. Ce même effet de rattrapage est envisagé pour la masse salariale après deux années consécutives de décroissance.

À ce stade, en l'absence de schéma de traitement de la dette qui ne peut être décidé dans le contexte économique actuel, les comptes du régime général intègrent les frais financiers qui

atteignent 3 milliards d'euros à l'horizon 2013 et sont inclus dans le déficit présenté.

La crise économique éloigne l'horizon de retour à l'équilibre de la sécurité sociale. Cela reste néanmoins un objectif essentiel à la soutenabilité du système de protection sociale. L'action publique doit dès à présent contribuer à renforcer la croissance future par la recherche d'une meilleure compétitivité des entreprises et une maîtrise accrue des dépenses. Malgré les déficits accumulés à la fin 2010 qui pénalisent le rétablissement rapide des finances sociales, l'objectif reste bien la réduction régulière des déficits grâce à une maîtrise des dépenses et une préservation de l'assiette des cotisations et contributions sociales.

### **Des recettes affectées durablement par la crise économique**

Les recettes de la sécurité sociale sont majoritairement assises sur les revenus d'activité et font l'objet d'une réactivité importante en cas de retournement de la conjoncture économique. 70 % des recettes du régime général sont en effet constituées des cotisations et de la CSG sur les revenus d'activité.

La perte de recettes imputable à la chute de la masse salariale en 2009 et 2010 sera difficile à résorber. Par rapport à une progression moyenne de la masse salariale privée de 4,1 % constatée sur la période 1998-2007, le régime général perd plus de 12 milliards d'euros de recettes en 2009 et 9 milliards supplémentaires en 2010.

Les revenus du capital sont également affectés en 2010 par la crise : moindres versements de dividendes compte tenu de l'effondrement des revenus des sociétés, baisse des plus-values mobilières du fait de la chute des marchés boursiers, modération des revenus fonciers en raison du retournement du marché immobilier...

Compte tenu de l'écart entre charges et produits à fin 2010, une progression des recettes identique à celle des dépenses ne permet pas de stabiliser le solde.

Le retour de la croissance ne doit pas être freiné par une hausse des prélèvements obligatoires qui affecterait la compétitivité des entreprises et le pouvoir d'achat des ménages. En revanche, dans la continuité des mesures prises dans la présente loi de financement de la sécurité sociale et dans les lois de financement antérieures, le Gouvernement poursuivra son action d'évaluation des niches sociales et de suppression de celles qui se révèlent inéquitables.

### **La nécessité de poursuivre la maîtrise des dépenses**

L'effort de maîtrise des dépenses d'assurance maladie, avec un objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fixé à 3 % par an, doit se prolonger sur toute la période. C'est une condition indispensable pour infléchir le rythme tendanciel des dépenses et éviter une aggravation des déficits. Respecter cet objectif de 3 % en 2010, 2011, 2012 et 2013 nécessite de réaliser chaque année 2,3 milliards d'euros d'économies nouvelles par rapport à une progression naturelle des dépenses de l'ordre de 4,5 %. Ces efforts doivent permettre de recentrer progressivement l'assurance maladie sur le financement des dépenses les plus utiles médicalement et d'améliorer l'efficacité du système de soins.

En matière de retraites, les dépenses tendanciennes sont dynamiques compte tenu de l'arrivée à la retraite des classes nombreuses du *baby-boom* et de l'allongement de l'espérance de vie. Le contexte économique qui pèse sur les recettes des régimes d'assurance vieillesse rend d'autant plus nécessaire la maîtrise des dépenses pour assurer la pérennité du système de retraites et maintenir l'équité et la solidarité entre les générations. Le rendez-vous 2010 est essentiel, car il doit permettre de restaurer l'équilibre de la branche tant à court terme qu'à moyen et long termes. Conformément à la demande du Président de la



République exprimée devant le Congrès le 22 juin 2009, tous les thèmes devront être abordés : l'âge, la durée de cotisations, la pénibilité, le niveau des cotisations, la transition entre vie active et retraite, la mobilité entre les régimes... Le Conseil d'orientation des retraites doit également, à la demande du Parlement, remettre un rapport début 2010 sur les pistes d'une évolution globale du système de retraite français, en examinant les modalités techniques de passage à un régime par points ou de « comptes notionnels ».

En matière d'assurance vieillesse, la réflexion sur la réallocation de certaines dépenses et recettes au sein du système de protection sociale doit se poursuivre. La possibilité de diminuer les cotisations d'assurance chômage et d'augmenter à due concurrence les cotisations vieillesse voit son horizon repoussé compte tenu de la dégradation de la situation financière du régime d'assurance chômage sous l'effet de la crise économique. En revanche, au sein de la sécurité sociale, certaines réallocations de charges gardent toute leur raison d'être. Ainsi, dans la logique de prise en charge des avantages non contributifs par le Fonds de solidarité vieillesse, la présente loi de financement de la sécurité sociale prévoit que le FSV finance les validations gratuites de trimestres accordées au titre des périodes d'arrêt maladie, maternité, ou d'invalidité, qui sont aujourd'hui prises en charge par la Caisse nationale d'assurance vieillesse (CNAV). Cette opération sera conduite en deux temps, pour environ 600 millions d'euros en 2010 et autant en 2011. Elle sera neutre financièrement pour le FSV. Celui-ci profite en effet du transfert progressif sur trois ans de l'intégralité du financement des majorations de pensions pour enfants à la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF), voté en loi de financement de la sécurité sociale pour 2009.

La branche Famille devra contribuer au redressement des finances sociales. Les perspectives relativement modérées d'inflation faciliteront cet effort de maîtrise malgré une dynamique démographique susceptible d'accroître tendanciellement les dépenses notamment sur la petite enfance. La priorité donnée au développement des modes de garde pour

les enfants de moins de trois ans doit inciter à faire des choix afin de rétablir l'équilibre structurel de la branche.

### Régime général

(En milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Maladie</b>							
Recettes	135,4	140,7	139,3	141,2	147,4	154,1	160,6
Dépenses	140,0	145,2	150,8	155,7	160,9	166,3	171,9
<b>Solde</b>	<b>-4,6</b>	<b>-4,4</b>	<b>-11,5</b>	<b>-14,5</b>	<b>-13,5</b>	<b>-12,2</b>	<b>-11,3</b>
<b>Accidents du travail/Maladies professionnelles</b>							
Recettes	10,2	10,8	10,5	10,6	11,2	11,7	12,2
Dépenses	10,7	10,5	11,2	11,4	11,7	11,9	12,2
<b>Solde</b>	<b>-0,5</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,6</b>	<b>-0,8</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,2</b>	<b>0,0</b>
<b>Famille</b>							
Recettes	54,9	57,2	56,1	49,6	51,8	54,0	56,3
Dépenses	54,8	57,5	59,2	54,1	56,1	57,8	59,4
<b>Solde</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,3</b>	<b>-3,1</b>	<b>-4,4</b>	<b>-4,3</b>	<b>-3,8</b>	<b>-3,2</b>
<b>Vieillesse</b>							
Recettes	85,8	89,5	90,7	92,1	96,4	100,2	104,2
Dépenses	90,4	95,1	98,9	102,9	108,0	113,2	118,7
<b>Solde</b>	<b>-4,6</b>	<b>-5,6</b>	<b>-8,2</b>	<b>-10,7</b>	<b>-11,6</b>	<b>-13,0</b>	<b>-14,5</b>
<b>Toutes branches consolidé</b>							
Recettes	281,6	293,1	291,2	288,1	301,1	314,4	327,5
Dépenses	291,1	303,3	314,6	318,5	331,1	343,6	356,4
<b>Solde</b>	<b>-9,5</b>	<b>-10,2</b>	<b>-23,4</b>	<b>-30,5</b>	<b>-29,9</b>	<b>-29,2</b>	<b>-28,9</b>

## Ensemble des régimes obligatoires de base

(En milliards d'euros)

	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
<b>Maladie</b>							
Recettes	157,4	164,0	162,3	164,6	171,4	178,8	186,0
Dépenses	162,4	168,1	173,8	179,1	184,9	191,0	197,3
<b>Solde</b>	<b>-5,0</b>	<b>-4,1</b>	<b>-11,5</b>	<b>-14,5</b>	<b>-13,5</b>	<b>-12,2</b>	<b>-11,3</b>
<b>Accidents du travail/Maladies professionnelles</b>							
Recettes	11,7	12,3	12,1	12,1	12,7	13,2	13,8
Dépenses	12,1	12,1	12,6	12,9	13,1	13,4	13,6
<b>Solde</b>	<b>-0,4</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,5</b>	<b>-0,7</b>	<b>-0,4</b>	<b>-0,1</b>	<b>0,2</b>
<b>Famille</b>							
Recettes	55,4	57,7	56,6	50,1	52,3	54,5	56,8
Dépenses	55,2	58,0	59,7	54,5	56,6	58,2	59,9
<b>Solde</b>	<b>0,2</b>	<b>-0,3</b>	<b>-3,1</b>	<b>-4,4</b>	<b>-4,3</b>	<b>-3,7</b>	<b>-3,1</b>
<b>Vieillesse</b>							
Recettes	169,1	175,3	178,4	182,4	189,2	195,9	202,9
Dépenses	173,0	180,9	187,9	195,0	202,6	210,7	219,0
<b>Solde</b>	<b>-3,9</b>	<b>-5,6</b>	<b>-9,5</b>	<b>-12,6</b>	<b>-13,4</b>	<b>-14,8</b>	<b>-16,1</b>
<b>Toutes branches consolidé</b>							
Recettes	388,7	404,2	403,8	403,7	419,8	436,6	453,5
Dépenses	397,9	414,0	428,4	435,9	451,4	467,5	483,8
<b>Solde</b>	<b>-9,1</b>	<b>-9,7</b>	<b>-24,6</b>	<b>-32,2</b>	<b>-31,6</b>	<b>-30,8</b>	<b>-30,4</b>

### Fonds de solidarité vieillesse

*(En milliards d'euros)*

	<b>2007</b>	<b>2008</b>	<b>2009</b>	<b>2010</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>
Recettes	14,4	15,4	12,9	12,9	14,2	14,7	15,3
Dépenses	14,3	14,5	16,0	17,4	18,2	18,4	18,5
<b>Solde</b>	<b>0,2</b>	<b>0,8</b>	<b>-3,0</b>	<b>-4,5</b>	<b>-4,0</b>	<b>-3,7</b>	<b>-3,1</b>

### Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles

*(En milliards d'euros)*

	<b>2008</b>
Recettes	22,1
Dépenses	16,8
<b>Solde</b>	<b>5,3</b>

ANNEXE C

**État des recettes par catégorie et par branche :**  
**- des régimes obligatoires de base de sécurité sociale ;**  
**- du régime général de la sécurité sociale ;**  
**- des fonds concourant au financement**  
**des régimes obligatoires de sécurité sociale**

*1. Recettes par catégorie et par branche des régimes obligatoires de base de sécurité sociale*

**Exercice 2008**

*(En milliards d'euros)*

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ Maladies professionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives .....	73,9	94,7	32,4	8,9	209,8
Cotisations fictives .....	1,0	36,5	0,1	0,3	38,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	1,9	1,7	0,8	0,0	4,5
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale .....	1,4	0,0	0,3	0,0	1,7
Autres contributions publiques .....	0,4	6,2	6,8	0,1	13,5
Impôts et taxes affectés .....	79,3	14,3	16,5	2,2	112,2
<i>Dont contribution sociale généralisée .....</i>	<i>59,4</i>	<i>0,0</i>	<i>12,2</i>	<i>0,0</i>	<i>71,5</i>
Transferts reçus .....	1,5	19,5	0,0	0,1	16,0
Revenus des capitaux .....	0,1	0,3	0,1	0,0	0,5
Autres ressources .....	2,5	0,8	0,4	0,7	4,3
<b>Total par branche .....</b>	<b>164,0</b>	<b>175,3</b>	<b>57,7</b>	<b>12,3</b>	<b>404,2</b>

## Exercice 2009 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ Maladies professionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives .....	73,4	94,5	31,9	8,7	208,5
Cotisations fictives.....	1,0	38,4	0,1	0,3	39,9
Cotisations prises en charge par l'État.....	1,7	1,4	0,7	0,0	3,8
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale .....	1,2	0,0	0,4	0,0	1,5
Autres contributions publiques.....	0,4	6,3	6,7	0,1	13,6
Impôts et taxes affectés .....	79,8	15,5	16,1	2,1	113,6
<i>Dont contribution sociale généralisée.....</i>	<i>57,8</i>	<i>0,0</i>	<i>11,9</i>	<i>0,0</i>	<i>69,7</i>
Transferts reçus .....	2,1	21,0	0,0	0,1	17,6
Revenus des capitaux.....	0,0	0,3	0,0	0,0	0,3
Autres ressources .....	2,7	0,9	0,7	0,7	5,0
<b>Total par branche .....</b>	<b>162,3</b>	<b>178,4</b>	<b>56,6</b>	<b>12,1</b>	<b>403,8</b>

## Exercice 2010 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	Maladie	Vieillesse	Famille	Accidents du travail/ Maladies professionnelles	Total par catégorie
Cotisations effectives .....	73,9	95,5	31,9	8,8	210,1
Cotisations fictives .....	1,1	39,9	0,1	0,4	41,5
Cotisations prises en charge par l'État.....	1,7	1,4	0,7	0,0	3,8
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale.....	1,3	0,0	0,4	0,0	1,7
Autres contributions publiques .....	0,4	6,5	0,0	0,1	7,0
Impôts et taxes affectés .....	81,4	15,4	16,3	2,2	115,3
<i>Dont contribution sociale généralisée.....</i>	<i>58,2</i>	<i>0,0</i>	<i>12,0</i>	<i>0,0</i>	<i>70,2</i>
Transferts reçus .....	2,0	22,6	0,0	0,1	19,0
Revenus des capitaux .....	0,0	0,2	0,0	0,0	0,3
Autres ressources.....	2,8	0,8	0,7	0,6	4,9
<b>Total par branche.....</b>	<b>164,6</b>	<b>182,4</b>	<b>50,1</b>	<b>12,1</b>	<b>403,7</b>

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

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

**Exercice 2008**

*(En milliards d'euros)*

	<b>Maladie</b>	<b>Vieillesse</b>	<b>Famille</b>	<b>Accidents du travail/ Maladies professionnelles</b>	<b>Total par catégorie</b>
Cotisations effectives .....	66,0	60,7	32,0	8,2	167,0
Cotisations fictives.....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État.....	1,8	1,4	0,8	0,0	4,0
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale .....	1,4	0,0	0,3	0,0	1,7
Autres contributions publiques.....	0,4	0,0	6,8	0,0	7,2
Impôts et taxes affectés.....	66,8	9,6	16,4	2,0	94,8
<i>Dont contribution sociale généralisée .....</i>	<i>52,2</i>	<i>0,0</i>	<i>12,2</i>	<i>0,0</i>	<i>64,4</i>
Transferts reçus .....	1,7	17,4	0,0	0,0	14,1
Revenus des capitaux .....	0,0	0,0	0,1	0,0	0,1
Autres ressources .....	2,3	0,2	0,4	0,5	3,3
<b>Total par branche .....</b>	<b>140,7</b>	<b>89,5</b>	<b>57,2</b>	<b>10,8</b>	<b>293,1</b>

### Exercice 2009 (prévisions)

*(En milliards d'euros)*

	<b>Maladie</b>	<b>Vieillesse</b>	<b>Famille</b>	<b>Accidents du travail/ Maladies professionnelles</b>	<b>Total par catégorie</b>
Cotisations effectives .....	65,4	60,4	31,6	8,0	165,4
Cotisations fictives .....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	1,5	1,2	0,6	0,0	3,4
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale .....	1,2	0,0	0,4	0,0	1,5
Autres contributions publiques .....	0,4	0,0	6,7	0,0	7,1
Impôts et taxes affectés .....	66,0	9,9	16,0	2,0	93,9
<i>Dont contribution sociale généralisée .....</i>	<i>50,3</i>	<i>0,0</i>	<i>11,9</i>	<i>0,0</i>	<i>62,2</i>
Transferts reçus .....	2,4	19,0	0,0	0,0	16,0
Revenus des capitaux .....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources .....	2,5	0,2	0,6	0,5	3,8
<b>Total par branche .....</b>	<b>139,3</b>	<b>90,7</b>	<b>56,1</b>	<b>10,5</b>	<b>291,2</b>

### Exercice 2010 (prévisions)

*(En milliards d'euros)*

	<b>Maladie</b>	<b>Vieillesse</b>	<b>Famille</b>	<b>Accidents du travail/ Maladies professionnelles</b>	<b>Total par catégorie</b>
Cotisations effectives .....	65,9	60,4	31,7	8,1	166,0
Cotisations fictives .....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	1,5	1,2	0,7	0,0	3,4
Cotisations prises en charge par la sécurité sociale .....	1,3	0,0	0,4	0,0	1,7
Autres contributions publiques .....	0,4	0,0	0,0	0,0	0,4
Impôts et taxes affectés .....	67,1	9,6	16,3	2,1	95,0
<i>Dont contribution sociale généralisée .....</i>	<i>50,4</i>	<i>0,0</i>	<i>12,0</i>	<i>0,0</i>	<i>62,4</i>
Transferts reçus .....	2,5	20,6	0,0	0,0	17,7
Revenus des capitaux .....	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Autres ressources .....	2,6	0,2	0,6	0,5	3,9
<b>Total par branche .....</b>	<b>141,2</b>	<b>92,1</b>	<b>49,6</b>	<b>10,6</b>	<b>288,1</b>



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

*3. Recettes par catégorie et par branche des organismes concourant au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale*

**Exercice 2008**

*(En milliards d'euros)*

	<b>Fonds de solidarité vieillesse</b>	<b>Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles</b>
Cotisations effectives .....	0,0	1,7
Cotisations fictives .....	0,0	0,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	0,0	0,0
Autres contributions publiques.....	0,0	0,0
Impôts et taxes affectés .....	13,0	6,5
<i>Dont contribution sociale généralisée.....</i>	<i>11,6</i>	<i>1,0</i>
Transferts reçus .....	2,4	5,6
Revenus des capitaux .....	0,0	0,0
Autres ressources.....	0,0	8,2
<b>Total par organisme.....</b>	<b>15,4</b>	<b>22,1</b>

## Exercice 2009 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	<b>Fonds de solidarité vieillesse</b>
Cotisations effectives .....	0,0
Cotisations fictives .....	0,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	0,0
Autres contributions publiques .....	0,0
Impôts et taxes affectés .....	10,0
<i>Dont contribution sociale généralisée</i> .....	<i>9,1</i>
Transferts reçus .....	2,9
Revenus des capitaux .....	0,0
Autres ressources .....	0,0
<b>Total par organisme</b> .....	<b>12,9</b>

## Exercice 2010 (prévisions)

(En milliards d'euros)

	<b>Fonds de solidarité vieillesse</b>
Cotisations effectives .....	0,0
Cotisations fictives .....	0,0
Cotisations prises en charge par l'État .....	0,0
Autres contributions publiques .....	0,0
Impôts et taxes affectés .....	9,3
<i>Dont contribution sociale généralisée</i> .....	<i>9,2</i>
Transferts reçus .....	3,6
Revenus des capitaux .....	0,0
Autres ressources .....	0,0
<b>Total par organisme</b> .....	<b>12,9</b>

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté par le Sénat  
dans sa séance du 26 novembre 2009.*

*Le Président,*

*Signé : Gérard LARCHER*