

N° 416

N° 87

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

TREIZIÈME LÉGISLATURE

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2007-2008

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale
le 20 novembre 2007

Annexe au procès-verbal de la séance du 20 novembre 2007

RAPPORT

FAIT

AU NOM DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE ⁽¹⁾ CHARGÉE DE PROPOSER UN TEXTE SUR LES DISPOSITIONS RESTANT EN DISCUSSION DU PROJET DE LOI *de financement de la sécurité sociale pour 2008*,

PAR M. YVES BUR,

Rapporteur,

Député.

PAR M. ALAIN VASSELLE,

Rapporteur,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, sénateur, président ; M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président ; M. Alain Vasselle, sénateur, M. Yves Bur, député, rapporteurs.

Membres titulaires : MM. Bernard Cazeau, Gérard Dériot, Guy Fischer, Jean-Jacques Jégou, André Lardeux, sénateurs ; MM. Jean-Pierre Door, Hervé Féron, Denis Jacquat, Jean-Marie Le Guen, Mme Marisol Touraine, députés.

Membres suppléants : MM. François Autain, Gilbert Barbier, Paul Blanc, Mme Marie-Thérèse Hermange, MM. Jean-Marc Juilhard, Dominique Leclerc, Mme Raymonde Le Texier sénateurs ; M. Gérard Bapt, Mmes Martine Billard, Marie-Anne Montchamp, MM Jean-Luc Prével, Pascal Terrasse, Dominique Tian, Philippe Vitel, députés.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (13^{ème} législ.) : Première lecture : **284, 295, 303** et T.A. **48**
Deuxième lecture : **415**

Sénat : **67, 72, 73** et T.A. **23** (2007-2008)

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE	7
EXAMEN DES ARTICLES	13
TROISIÈME PARTIE - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2008	13
Section 1 Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base et des fonds concourant à leur financement	13
• <i>Article 9 E Contributions patronale et salariale sur les stock-options et les attributions gratuites d'actions</i>	<i>13</i>
• <i>Article 9 bis A Instauration d'une taxe sur les boissons sucrées</i>	<i>15</i>
• <i>Article 9 bis Instauration d'une taxe sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac</i>	<i>16</i>
• <i>Article 9 ter Interdiction de la vente de tabac en distributeurs automatiques</i>	<i>16</i>
• <i>Article 10 Prélèvement social sur les préretraites et les indemnités de mise à la retraite</i>	<i>17</i>
• <i>Article 10 bis Suppression de la limite d'âge fixée à cinquante-cinq ans pour les personnels navigants commerciaux de l'aviation civile</i>	<i>17</i>
• <i>Article 11 Aménagement de l'assiette forfaitaire de contribution sociale généralisée des non-salariés agricoles</i>	<i>17</i>
• <i>Article 12 Suppression des exonérations pour les organismes d'intérêt général en zone de revitalisation rurale</i>	<i>17</i>
• <i>Article 13 Dispositif expérimental d'affiliation au régime général pour les personnes exerçant une activité procurant de faibles revenus</i>	<i>18</i>
• <i>Article 13 bis Affiliation au régime général des collaborateurs occasionnels de l'Agence française de lutte contre le dopage</i>	<i>18</i>
• <i>Article 14 Suppression des exonérations de cotisations accidents du travail - maladies professionnelles</i>	<i>18</i>
• <i>Article 15 Aménagement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés</i>	<i>18</i>
• <i>Article 16 Non-compensation de dispositifs d'exonération de cotisations sociales</i>	<i>19</i>
• <i>Article 16 ter Conversion du repos compensateur de remplacement en une majoration salariale</i>	<i>19</i>
• <i>Article additionnel après l'article 16 ter Cotisations à la Caisse des Français de l'étranger</i>	<i>19</i>
• <i>Article 17 Approbation du montant de la compensation des exonérations de cotisations sociales</i>	<i>19</i>
• <i>Article 17 bis Cotisations à la Caisse des Français de l'étranger</i>	<i>20</i>
Section 3 - Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité	20
• <i>Article 23 Certification des comptes des organismes et régimes de sécurité sociale</i>	<i>20</i>

QUATRIÈME PARTIE DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2008	20
Section 1 Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie	20
• <i>Article 25</i> Modifications de la procédure d'alerte et des modalités d'entrée en vigueur des accords conventionnels prévoyant des revalorisations tarifaires	20
• <i>Article 26</i> Extension du champ de la procédure de mise sous accord préalable	21
• <i>Article 27</i> Renforcement de l'encadrement des transports des assurés en taxi	21
• <i>Article 28</i> Amélioration de l'information des assurés et du contrôle des caisses d'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires	21
• <i>Article 29</i> Prise en compte du critère médico-économique dans les avis et recommandations de la Haute Autorité de santé	23
• <i>Article 29 bis A</i> Compétences de l'Unocam	24
• <i>Article 29 bis</i> Application de sanctions en cas de non-réalisation d'une étude post-autorisation de mise sur le marché	24
• <i>Article 30</i> Aménagement du champ de la convention nationale des médecins libéraux et introduction de la possibilité pour les caisses primaires d'assurance maladie de conclure des contrats avec les médecins conventionnés	24
• <i>Article 31</i> Expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins par les missions régionales de santé	24
• <i>Article 31 bis</i> Contribution forfaitaire des professionnels n'assurant pas une transmission électronique des feuilles de soins	25
• <i>Article 32</i> Répartition des professionnels de santé sur l'ensemble du territoire	25
• <i>Article 33</i> Répartition des médecins libéraux sur l'ensemble du territoire	25
• <i>Article 33 bis</i> Suppression du comité de la démographie médicale	26
• <i>Article 33 ter</i> Devis des appareillages audioprothétiques	26
• <i>Article 34</i> Elargissement du dispositif de pénalité financière aux transporteurs sanitaires et aux entreprises de taxis	27
• <i>Article 35 bis</i> Conditionnement des médicaments	27
• <i>Article 35 ter</i> Application aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire des règles relatives au parcours de soins coordonnés	27
• <i>Article 36</i> Dossier médical personnel	27
• <i>Article 38</i> Déclaration des produits et prestations remboursables	29
• <i>Article 39</i> Restructuration du réseau des officines de pharmacie	29
• <i>Article 42</i> Dispositions relatives à l'application de la tarification à l'activité aux établissements de santé	30
• <i>Article 42 bis A</i> Participation de l'Unocam aux travaux du Conseil de l'hospitalisation et de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée	30
• <i>Article 43</i> Expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires	31
• <i>Article 43 bis</i> Pénalités financières en cas de non-respect de l'obligation d'identification individuelle des médecins hospitaliers et des médecins salariés des centres de santé	31
• <i>Article 44 bis A</i> Composition du conseil d'administration du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier	32
• <i>Article 44 bis</i> Possibilité reconnue aux centres hospitaliers régionaux et aux établissements privés participant au service public hospitalier de faire appel à des praticiens libéraux	32
• <i>Article 45</i> Financement des établissements sociaux et médicosociaux	33

• <i>Article 45 bis</i> Possibilité pour les groupements de coopération d'établissements sociaux et médicosociaux d'offrir des services d'aide à la personne	34
• <i>Article 46</i> Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en centre de planification ou d'éducation familiale	34
• <i>Article 47 bis</i> Publicité sur les vaccins	34
• <i>Article 52 ter</i> Participation du président de conseil général ou du maire au conseil d'administration des établissements de santé	34
Section 2 Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse.....	35
• <i>Article 53 A</i> Compétence du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés sur les opérations d'adossment de régimes spéciaux.....	35
• <i>Article 53 B</i> Possibilité pour la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de demander l'intégration d'une clause de révision plafonnée du montant des droits d'entrée des opérations d'adossment de régimes spéciaux.....	35
• <i>Article 53 C</i> Encouragement au développement de la retraite progressive.....	35
• <i>Article 53 D</i> Création dans les entreprises de plus de deux cent cinquante salariés d'un taux minimum pour l'emploi des personnes de cinquante-cinq ans ou plus	36
• <i>Article 53 E</i> Neutralité financière des barèmes de calcul des rachats de cotisation.....	36
Section 3 - Dispositions relatives aux dépenses d'accidents du travail et de maladies professionnelles	36
• <i>Article 55 bis</i> Possibilité d'appel pour les salariés agricoles victimes d'un accident du travail	36
Section 4 - Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille.....	37
• <i>Article 60</i> Extension aux enfants handicapés de la prestation de compensation du handicap.....	37
• <i>Article 61 ter</i> Dispositif expérimental de centralisation de l'information et de l'inscription des enfants à un mode de garde.....	37
Section 4 bis - Dispositions relatives à l'information et au contrôle du Parlement.....	37
• <i>Article 62 bis</i> Transmission des référés de la Cour des comptes aux commissions des affaires sociales des assemblées.....	37
Section 5 Dispositions relatives à la gestion du risque et à l'organisation ou la gestion interne des régimes obligatoires de base ou des organismes concourant à leur financement	38
• <i>Article 63</i> Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale	38
• <i>Article 64</i> Amélioration de la performance de la gestion des organismes de sécurité sociale.....	38
Section 6 Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude.....	38
• <i>Article 66 ter</i> Renforcement des pouvoirs des caisses nationales dans la lutte contre la fraude	38
• <i>Article 67 bis A</i> Récupération des indus	38
• <i>Article 67 bis B</i> Procédure applicable en cas de rectification pour opérations litigieuses.....	39

• <i>Article 67 ter</i> Expérimentation d'un dispositif de suspension des prestations en cas de fraude	39
• <i>Article 67 quater</i> Documents à fournir pour une demande d'aide au logement	39
• <i>Article 67 quinquies</i> Justifications à fournir pour une demande d'aide au logement	39
• <i>Article 67 sexies</i> Accès des centres communaux et intercommunaux d'action sociale au répertoire national commun des organismes de sécurité sociale	39
• <i>Article 68</i> Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé	40
• <i>Article 71</i> Harmonisation du contrôle des arrêts de travail pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle avec les dispositions applicables en assurance maladie	40
Section 7 Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires	40
• <i>Article 73</i> Rapport au Parlement sur le taux de cotisation des employeurs publics	40
TEXTE ÉLABORÉ PAR LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE	41
TABLEAU COMPARATIF	99

TRAVAUX DE LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

Mesdames, Messieurs,

Conformément au deuxième alinéa de l'article 45 de la Constitution et à la demande de M. le Premier ministre, une commission mixte paritaire chargée de proposer un texte sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 s'est réunie le mardi 20 novembre 2007 au Sénat.

La commission a d'abord procédé à la désignation de son bureau qui a été ainsi constitué :

- M. Nicolas About, sénateur, président ;
- M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président ;
- M. Alain Vasselle, sénateur, rapporteur pour le Sénat ;
- M. Yves Bur, député, rapporteur pour l'Assemblée nationale.

*

* *

La commission mixte paritaire a ensuite procédé à l'examen du texte.

M. Nicolas About, sénateur, président, s'est félicité du travail considérable accompli sur ce texte par les deux assemblées. Le Sénat a consacré une semaine complète à l'examen du projet de loi de financement et 474 amendements ont été déposés, soit le record pour ce texte. Cela illustre l'intérêt croissant des parlementaires pour les finances sociales comme en témoigne le fait que sur les 129 amendements adoptés au Sénat, 110 étaient d'origine parlementaire. Il a insisté sur l'engagement pris à plusieurs reprises au cours des débats d'améliorer les rédactions de certains articles au cours de la réunion de la commission mixte paritaire.

M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président, s'est associé à ces propos introductifs et a rappelé la délicate mission du législateur qui ne doit alourdir les textes applicables à nos concitoyens que d'une « main tremblante », selon l'expression consacrée.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a rappelé que le texte du projet de loi initial comprenait soixante-douze articles et qu'après le vote de l'Assemblée nationale, le Sénat a examiné cent cinq articles. Il en a adopté cinquante-neuf conformes, en a modifié trente-neuf, supprimé sept et introduit vingt-deux nouveaux articles. La commission mixte paritaire doit donc trouver un accord sur les soixante-huit articles qui restent en discussion. Après avoir observé que, contrairement à la loi de financement pour 2007, peu de dispositions adoptées au Sénat proviennent d'amendements du Gouvernement, il a présenté les principales modifications adoptées par le Sénat.

Les deux premières parties du texte relatives, respectivement aux exercices 2006 et 2007, ont été votées conformes. Sur la troisième partie relative aux recettes et à l'équilibre pour 2008, le Sénat a d'abord ajusté le dispositif adopté par l'Assemblée nationale tendant à instaurer une contribution patronale et une contribution salariale sur les stock-options et les attributions gratuites d'actions. Il a, d'une part, supprimé la rétroactivité de la mesure, d'autre part, apporté un certain nombre de précisions sur les normes comptables applicables et le mode de recouvrement de ces contributions.

Il a institué à l'article 9 *bis* A une taxe sur les boissons sucrées dans un souci de prévention et de santé publique.

Il a complété l'article 10 afin d'améliorer le suivi statistique et la connaissance du marché de l'emploi des seniors ; il a organisé l'information des comités d'entreprise sur la situation des salariés de plus de cinquante ans.

Le Sénat a supprimé, à l'initiative du Gouvernement, l'article 10 *bis* relatif à la suppression de la limite d'âge applicable aux personnels navigants commerciaux.

A l'article 16, il a rétabli les deux mesures de non-compensation supprimées par l'Assemblée nationale en adoptant un amendement du Gouvernement.

Enfin, il a étendu aux entreprises agricoles l'article 16 *ter* issu d'un amendement du président Méhaignerie à l'Assemblée nationale.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a ensuite présenté les principales modifications apportées par le Sénat aux dispositions de la quatrième partie relative à l'assurance maladie.

A l'article 31, le Sénat a souhaité promouvoir le développement des maisons de santé en faisant participer celles-ci à l'expérimentation prévue par cet article et en les autorisant à conclure des accords et contrats de bonne pratique avec l'assurance maladie. La définition législative des maisons de santé retenue est volontairement large pour permettre l'émergence de modes d'organisation variés mais toujours pluridisciplinaires.

A l'article 36 relatif au dossier médical personnel, le Sénat a adopté, sur proposition de ses deux commissions des affaires sociales et des finances, un amendement supprimant la possibilité du masquage par le patient ainsi que du masquage du masquage.

A l'article 42, il a souhaité assouplir les règles statutaires de la fonction publique hospitalière afin de permettre aux établissements de santé de procéder aux restructurations indispensables, notamment en favorisant l'externalisation de certaines fonctions logistiques.

Il a également adopté plusieurs articles additionnels visant à préciser les compétences de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) aux articles 29 *bis* A et 42 *bis* A, à aménager les règles relatives à la publicité des vaccins à l'article 47 *bis* et à prévoir la participation de la Caisse nationale d'assurance maladie (Cnam) au conseil d'administration du groupement pour la modernisation du système d'information hospitalier, à l'article 44 *bis* A.

Sur l'assurance vieillesse, le Sénat a adopté plusieurs articles additionnels ayant pour objet l'obligation de consulter le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse (Cnav) sur les opérations d'adossment de régimes spéciaux, la promotion de la retraite progressive par une information des assurés sociaux, l'instauration, à l'initiative du président About, d'un taux minimum d'emploi de 8 % de salariés de plus de cinquante-cinq ans dans les entreprises de plus de 250 salariés, enfin, l'établissement d'un barème spécifique fondé sur le principe de la neutralité actuarielle pour le rachat d'années d'études supérieures ou d'années incomplètes.

Sur la branche Famille, le Sénat a adopté la possibilité pour les caisses d'allocations familiales, à titre expérimental, de centraliser les informations sur les disponibilités de garde et de regrouper les inscriptions.

Enfin, en matière de gestion interne des régimes, d'organisation des contrôles et de lutte contre la fraude, le Sénat a essentiellement apporté des précisions au texte de l'Assemblée nationale.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a souscrit pour une large part aux observations et propositions formulées par le rapporteur pour le Sénat. Seuls quelques points, souvent mineurs, de désaccord

paraissent subsister. A l'article 9 E relatif aux contributions sur les stock-options et les attributions gratuites d'actions, il proposera un amendement de compromis sur la contribution salariale.

A l'article 9 *bis* A, il a déclaré comprendre la logique de santé publique qui sous-tend la mesure de taxation des boissons sucrées adoptée par le Sénat. Toutefois, il semble prématuré et même inopportun de l'instituer dans cette loi de financement en raison du caractère techniquement incomplet et en l'état inapplicable du dispositif proposé, et de la nécessité de poursuivre la concertation à ce sujet, notamment dans le cadre du débat à venir sur le financement de la santé. En outre, l'impact de cette disposition sur le pouvoir d'achat des ménages, en particulier les plus modestes, doit être mesuré.

A l'article 14 sur les exonérations de cotisations AT-MP, il proposera un amendement de retour au texte de l'Assemblée nationale.

A l'article 28 sur les dépassements d'honoraires, il a estimé nécessaire d'inviter les partenaires conventionnels à définir les modalités selon lesquelles les médecins en secteur 2 pourraient s'engager à proposer une offre minimale d'actes sans dépassement. C'est une question extrêmement importante au regard de l'accès aux soins de nos concitoyens. Par ailleurs, l'information écrite préalable devrait être présentée par les professionnels, quel que soit le montant de leur dépassement, lorsqu'un acte doit être effectué au cours d'une seconde consultation.

A l'article 29, **M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, a déclaré ne pas avoir été convaincu par les arguments avancés pour la création d'une banque de données sur les médicaments et les dispositifs médicaux. En effet, l'ensemble des données scientifiques et économiques de l'Afssaps, de la Haute Autorité de santé et de la base Thesorimed seront bientôt accessibles, non pas de façon centralisée mais par le biais d'une coopération entre ces organismes dans le champ de leurs compétences respectives.

A l'article 29 *bis* A, il semble préférable de supprimer les dispositions prévoyant la consultation de l'Unocam sur tous les tarifs et actes de prestations.

A l'article 31, il proposera de préciser que les maisons de santé, dont il approuve la création, auront la possibilité et non l'obligation de participer à des actions sociales ou de santé publique, de prévention et d'éducation pour la santé, dès lors que les maisons de santé existantes n'ont pas toutes mis en œuvre de telles actions.

A l'article 31 *bis*, il proposera de rétablir le texte adopté par l'Assemblée nationale relatif à la contribution sur les transmissions papier des feuilles de soins. En effet, l'arrêté prévu par l'article L. 161-35 du code de la sécurité sociale n'a jamais été publié et il serait plus respectueux des compétences des partenaires conventionnels de leur confier le soin de définir les modalités de cette contribution.

A l'article 33 *ter*, il estime préférable d'en rester aux dispositions actuelles du code de la sécurité sociale sur les devis présentés par les audioprothésistes. Celles-ci visent en effet à améliorer l'information des assurés en leur permettant de connaître de manière distincte le prix de l'appareil et celui de la prestation, plus ou moins complexe selon les cas.

A l'article 36, il proposera de rétablir les dispositions relatives au droit de masquage des informations figurant sur le DMP. Il comprend les réserves exprimées sur la question du masquage du masquage mais estime que celle-ci doit faire l'objet d'une concertation approfondie avec les professionnels de santé tout en rappelant qu'une mission d'information est actuellement engagée à l'Assemblée nationale sur ce sujet sous la présidence de M. Jean-Pierre Door.

A l'article 39, sur la restructuration du réseau officinal, l'Assemblée nationale est attachée au délai de cinq ans pendant lequel les licences des pharmacies ayant fait l'objet d'un regroupement seront gelées.

Il a estimé que l'article 42 *bis* A sur la représentation des organismes complémentaires n'entre pas dans le champ des lois de financement de la sécurité sociale et pourra trouver sa place dans de prochains débats relatifs aux agences régionales de santé.

Sur l'article 43 qui met en place l'expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires, il proposera le retour au texte de l'Assemblée nationale.

De la même façon, il serait souhaitable de rétablir l'article 44 *bis* afin que soit reconnue la possibilité pour les centres hospitaliers régionaux de faire appel à des praticiens libéraux.

M. Guy Fischer, sénateur, a rappelé l'hostilité de son groupe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 en raison principalement de l'instauration des franchises et du coup d'accélérateur dangereux imprimé à la T2A. En outre, après les déficits records de 2007, on constate que les problèmes de la sécurité sociale restent entiers, notamment ceux du redressement du régime agricole, du financement de la protection sociale, des retraites et de la dépendance.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a fait valoir la très grande inquiétude que lui inspire ce projet de loi de financement. Il a insisté sur la poursuite de la dérive des comptes sociaux, l'absence de marges de manœuvre pour l'avenir et le caractère immoral du report des déficits maintenu sur les générations futures. Il a également souligné l'accélération de la crise sanitaire, en particulier en termes d'accès aux soins, tant sur le plan de la répartition territoriale de l'offre de soins que sur le plan financier. Les pouvoirs publics ne semblent pas prendre toute la mesure de cette situation. En outre, quelques mesures emblématiques constituent des accrocs au principe de solidarité, comme l'instauration des franchises. Dans ces conditions, il lui sera difficile

de donner un avis favorable au texte qui sera issu des travaux de la commission mixte paritaire.

La commission mixte paritaire est ensuite passée à l'examen des articles restant en discussion.

EXAMEN DES ARTICLES

TROISIÈME PARTIE

-

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

Section 1

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

Article 9 E

Contributions patronale et salariale sur les stock-options et les attributions gratuites d'actions

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a présenté un amendement tendant à éviter que la solution adoptée par le Sénat ne reporte à quatre ans, voire six ans, la perception des recettes provenant de la contribution salariale alors que la proposition de l'Assemblée nationale permet d'obtenir des ressources dès 2008. Cet amendement ne crée pas de difficulté juridique dans la mesure où le Conseil constitutionnel ne reconnaît de valeur constitutionnelle au principe de non-rétroactivité des lois qu'en matière pénale.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a considéré préférable de s'en tenir à la rédaction du Sénat.

M. Jean-Jacques Jégou, sénateur, a indiqué qu'en tant que rapporteur pour avis de la commission des finances sur ce texte, il avait insisté sur les grandes disparités de fiscalité en matière de stock-options avec les autres pays. Il a ajouté qu'on ne peut parler de niches sociales pour des revenus qui sont déjà taxés à 11 %.

M. Bernard Cazeau, sénateur, a rappelé les conclusions du rapport de la Cour des comptes sur le sujet et a déclaré se rallier à l'amendement proposé par le rapporteur pour l'Assemblée nationale.

M. Guy Fischer, sénateur, a confirmé son hostilité aux dispositions votées à l'Assemblée nationale comme au Sénat. Les salariés aux revenus modestes, les retraités faiblement pensionnés et les plus démunis font les frais de ce projet de loi. Il ne peut donc soutenir la position du Sénat qui souhaite donner encore plus à ceux qui ont déjà beaucoup.

Mme Marisol Touraine, députée, a souligné le déséquilibre choquant dans l'effort demandé par ce texte aux patients d'un côté et aux titulaires de stock-options de l'autre. Elle s'est étonnée de la position du Sénat sur l'amendement proposé par le rapporteur de l'Assemblée nationale.

M. Bernard Cazeau, sénateur, a rappelé son hostilité au contenu de l'article. Il ne prendra pas part au vote sur l'amendement.

M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président, a estimé nécessaire de faire preuve de prudence car il faut éviter la délocalisation des sièges sociaux ou des activités. Il a souhaité savoir sur quelles bases M. Jean-Jacques Jégou se fonde pour s'opposer au rétablissement de la rédaction de l'Assemblée nationale car son rapporteur a clairement cherché à taxer les stock-options dans les limites de la moyenne européenne.

M. Jean-Jacques Jégou, sénateur, a insisté sur le fait que les stock-options ne constituent pas un salaire mais une épargne. L'instauration d'une contribution salariale conduit à les surtaxer à 13,5 %, ce qui n'est pas souhaitable dans une économie mondialisée.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a considéré que les stock-options ne sont pas de l'épargne mais un complément de rémunération versé en fonction du mérite. Il s'est étonné de l'attitude de la majorité sénatoriale, particulièrement dure sur la fiscalisation du livret A et conciliante sur la taxation des stock-options.

M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président, a déclaré qu'il votera le texte proposé par le rapporteur pour l'Assemblée nationale car il donne un signal qui lui paraît important. Néanmoins, il convient de prendre en compte les entreprises en forte croissance qui distribuent sous forme de stock-options une très grande part des rémunérations.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a considéré que les stock-options constituent un salaire différé et non de l'épargne. L'article introduit par l'Assemblée nationale ne concerne que les cotisations sociales applicables à ces produits et non la fiscalité. Par ailleurs, un récent rapport de l'OCDE montre que la taxation française actuelle des stock-options n'est pas supérieure à celle des autres pays, ce qui laisse bien une marge de manœuvre.

M. Dominique Tian, député, s'est interrogé sur la nécessité d'aggraver un régime de prélèvements instauré par M. Laurent Fabius.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a indiqué que la rédaction du Sénat résulte d'un compromis entre la commission des affaires sociales et la commission des finances : la première souhaitait le maintien du texte voté à l'Assemblée nationale, la seconde la suppression de la contribution salariale. La Cour des comptes a récemment mis en évidence le manque à gagner pour la sécurité sociale résultant des diverses niches sociales. Il est donc important de faire un premier pas dans la voie de la remise en cause de certaines d'entre elles. En tout état de cause, cette question méritera un travail approfondi de réflexion qui pourra aborder l'idée d'instaurer une taxation à faible taux et assiette large, préconisée par la commission des affaires sociales du Sénat.

La commission mixte paritaire n'a pas adopté l'amendement du rapporteur pour l'Assemblée nationale. Elle a donc *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 9 bis A

Instauration d'une taxe sur les boissons sucrées

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a présenté un amendement tendant à supprimer cet article. Il a en effet estimé nécessaire d'engager une réflexion approfondie, dans un cadre plus général, sur le champ, les modalités précises et les finalités d'une telle taxe.

M. Nicolas About, sénateur, président, a considéré qu'une fois de plus, le Sénat a lancé un débat qui devrait prochainement aboutir même s'il est encore jugé prématuré par ceux qui s'y rallieront plus tard.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a rappelé que l'instauration de cette taxe aurait un double objet : d'une part, un objectif de santé publique afin de combattre la progression de l'obésité et du diabète et de remédier à l'échec relatif des précédentes initiatives législatives, d'autre part, une finalité de rendement puisqu'il apparaît aujourd'hui nécessaire de trouver un financement durable de l'assurance maladie. Toutefois, cette taxe ne peut pas être la solution miracle pour satisfaire chacun de ces deux objectifs.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a donné acte au Sénat d'avoir posé le problème de la taxe nutritionnelle. Il s'agit là d'un signal tout à fait positif. Toutefois, pour affronter ces problèmes majeurs de santé publique, il est essentiel de prendre les mesures dans le bon ordre c'est-à-dire en commençant par la question de la santé publique, puis en étudiant celle de l'application d'un principe tel que celui du pollueur-payeur, qui peut toutefois s'avérer problématique dans ce domaine. Si elle est mise en place, la taxe nutritionnelle devra être une taxe vertueuse. En tout état de cause, il est impératif de ne pas retarder l'examen de cette question et d'encourager le Gouvernement à agir rapidement dans ce domaine.

M. Denis Jacquat, député, a soutenu l'idée de l'amendement d'appel voté par le Sénat. Néanmoins, celui-ci ne lui paraît pas applicable en l'état car il ne comporte pas de définition juridique précise des boissons sucrées.

M. Guy Fischer, sénateur, a insisté sur le problème de santé publique posé par cet article. Les populations les plus démunies sont les premières victimes de la consommation des boissons sucrées.

M. Philippe Vitel, député, s'est associé à l'analyse développée par M. Jean-Marie Le Guen. L'appel suscité par cet amendement a été entendu et la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique n'a sans doute pas prévu de moyens suffisants pour traiter cette question.

M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président, a fait valoir les vertus des programmes « santé et nutrition » dont l'effet sur la santé est sans doute supérieur à celui des organismes génétiquement modifiés (OGM), par exemple. Il a relevé l'intérêt de l'expérimentation « Ensemble prévenons l'obésité des enfants » (Epoque) engagée en Bretagne, qui répond à un réel souci pédagogique. L'instauration d'une taxe nutritionnelle nécessitera au préalable la réalisation d'une véritable étude d'impact.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et donc *supprimé* l'article 9 bis A.

Article 9 bis

**Instauration d'une taxe sur le chiffre d'affaires
des fabricants de tabac**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

Article 9 ter

Interdiction de la vente de tabac en distributeurs automatiques

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 10

**Prélèvement social sur les préretraites
et les indemnités de mise à la retraite**

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a présenté un amendement tendant à supprimer l'information des comités d'entreprise sur la politique de l'employeur à l'égard des seniors.

Après avoir souligné l'échec de la politique en faveur de l'emploi des seniors, **M. Dominique Leclerc, sénateur**, a reconnu que cette disposition n'a pas d'impact direct sur les comptes de l'assurance vieillesse.

M. Denis Jacquat, député, s'est associé à ces propos.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement puis l'article 10 ainsi rédigé.

Article 10 bis

**Suppression de la limite d'âge fixée à cinquante-cinq ans
pour les personnels navigants commerciaux de l'aviation civile**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

Article 11

**Aménagement de l'assiette forfaitaire de contribution sociale généralisée
des non-salariés agricoles**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 12

**Suppression des exonérations pour les organismes d'intérêt général
en zone de revitalisation rurale**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 13

Dispositif expérimental d'affiliation au régime général pour les personnes exerçant une activité procurant de faibles revenus

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 13 bis

Affiliation au régime général des collaborateurs occasionnels de l'Agence française de lutte contre le dopage

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 14

Suppression des exonérations de cotisations accidents du travail - maladies professionnelles

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a présenté un amendement tendant à supprimer une précision introduite par le Sénat, redondante avec l'article 53 du projet de loi de finances pour 2008.

M. Gérard Dériot, sénateur, a indiqué les raisons ayant conduit à l'adoption de cet amendement destiné à tenir compte de la situation particulière des groupements d'employeurs.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement puis l'article 14 ainsi rédigé.

Article 15

Aménagement de l'assiette de la contribution sociale de solidarité des sociétés

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 16

**Non-compensation de dispositifs d'exonération
de cotisations sociales**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 16 ter

**Conversion du repos compensateur de remplacement
en une majoration salariale**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article additionnel après l'article 16 ter

Cotisations à la Caisse des Français de l'étranger

Sur proposition de **MM. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, et **Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat**, la commission mixte paritaire a *adopté* un amendement déplaçant l'article 17 *bis* après l'article 16 *ter*.

Article 17

**Approbation du montant de la compensation
des exonérations de cotisations sociales**

La commission mixte paritaire a rappelé cet article pour coordination et a *adopté* un amendement présenté par **MM. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, et **Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat**, visant à tirer des conséquences de la nouvelle rédaction de l'article 12 sur les exonérations de charges dans les zones de revitalisation rurale. Puis elle a *adopté* l'article 17 ainsi rédigé.

Article 17 bis

Cotisations à la Caisse des Français de l'étranger

Sur proposition de **MM. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, et **Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat**, la commission mixte paritaire a *supprimé* cet article par coordination avec la réintroduction de cet article après l'article 16 *ter*.

Section 3

-

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 23

**Certification des comptes des organismes
et régimes de sécurité sociale**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

QUATRIÈME PARTIE

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2008

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 25

**Modifications de la procédure d'alerte et des modalités
d'entrée en vigueur des accords conventionnels
prévoyant des revalorisations tarifaires**

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a présenté un amendement précisant que les dispositions du présent article s'appliquent également aux accords conclus entre l'assurance maladie et les centres de santé.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement puis l'article 25 ainsi rédigé.

Article 26

Extension du champ de la procédure de mise sous accord préalable

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 26 ainsi rédigé.

Article 27

Renforcement de l'encadrement des transports des assurés en taxi

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 28

Amélioration de l'information des assurés et du contrôle des caisses d'assurance maladie sur les dépassements d'honoraires

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a présenté deux amendements. Le premier prévoit que, lorsqu'un professionnel doit effectuer un acte au cours d'une seconde consultation, une information écrite préalable est remise au patient sur le tarif de ses honoraires, y compris s'ils sont inférieurs au seuil fixé par l'arrêté prévu par cet article. Le second invite les partenaires conventionnels à définir les modalités selon lesquelles les médecins pratiquant des honoraires libres (secteur 2) s'engageraient à fournir une offre minimale d'actes sans dépassements d'honoraires. Cette dernière disposition est essentielle pour maintenir l'accès aux soins sur l'ensemble du territoire et pour toutes les spécialités.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a fait valoir que cette disposition figurait déjà dans une précédente convention médicale de 1990.

M. Jean-Pierre Door, député, a souligné que seul un nombre limité de médecins pratiquent des dépassements d'honoraires abusifs. De tels dépassements doivent être pratiqués avec tact et mesure ainsi que le précise le code de déontologie établi par le conseil national de l'ordre des médecins et la loi impose aux professionnels de santé exerçant en secteur 2 d'afficher leurs tarifs. Cette question relève par ailleurs de la responsabilité des partenaires conventionnels, à travers notamment les négociations en cours sur le secteur

optionnel. Il a mis en garde contre les effets négatifs de toute stigmatisation de ces dépassements ou d'accusation globale de pratique abusive, qui sont de nature à décourager les professionnels de choisir certaines spécialités, notamment la chirurgie.

M. Dominique Leclerc, sénateur, s'est déclaré favorable au renforcement de l'obligation d'information des patients, mais il a attiré l'attention sur les difficultés que les professionnels de santé rencontrent pour établir des devis en raison de la complexité de la classification commune des actes médicaux (CCAM). Le Parlement ne doit pas fragiliser la situation des chirurgiens.

M. François Autain, sénateur, a rappelé que le montant des dépassements d'honoraires s'élève à 2 milliards d'euros chaque année, soit 10 % du montant total des honoraires perçus par l'ensemble des professionnels de santé libéraux, ce qui n'est pas rien. Le recours aux dépassements d'honoraires varie suivant les spécialités et les régions, et les partenaires conventionnels ne sont pas les plus à même de régler cette question. En témoigne par exemple le fait que les négociations conventionnelles relatives à la création d'un nouveau secteur tarifaire, ou secteur optionnel, n'ont donné aucun résultat tangible alors qu'elles ont débuté il y a plus d'un an.

M. Nicolas About, sénateur, président, a souligné la difficulté d'établir les critères selon lesquels seront accordées des facturations sans dépassement d'honoraires.

M. Philippe Vitel, député, a déclaré partager les propos tenus par M. Jean-Pierre Door et souhaité que le Parlement renforce le système conventionnel afin de régler les problèmes liés à la crise de la démographie médicale et à la fixation du montant des honoraires perçus pour chaque acte ou consultation à travers notamment la création d'un secteur optionnel. Il a confirmé les difficultés rencontrées par les professionnels de santé pour établir des devis précis.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a souligné que la question des dépassements d'honoraires ne doit pas être confondue avec l'existence de fraudes ou d'abus. La détermination du montant de la rémunération des actes doit être traitée dans le cadre des négociations conventionnelles. Il a souligné l'existence d'une dérive institutionnelle qui, par inertie ou par laxisme, autorise la généralisation du recours aux dépassements d'honoraires et conduit à un mode d'organisation de la sécurité sociale qui restreint l'accès aux soins de certaines catégories d'assurés.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a observé que l'augmentation des dépassements d'honoraires ne constitue pas un phénomène marginal et que ces pratiques sont fréquentes dans de nombreuses spécialités. Or les patients ne porteront pas plainte contre les dépassements abusifs auprès des autorités ordinales et, s'il ne s'agit pas de stigmatiser l'ensemble des professionnels, il est de la responsabilité des partenaires conventionnels d'encadrer ces pratiques.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a rappelé que la convention médicale de 1990 a essayé sans succès d'encadrer la pratique des dépassements d'honoraires. La multiplication du recours aux dépassements pose une question de fond, celle du montant des tarifs qui doit permettre de couvrir les coûts supportés par les professionnels de santé.

M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président, a observé qu'un sujet d'une telle importance doit être examiné dans le cadre de la modernisation de l'organisation de l'offre de soins.

M. Jean-Pierre Door, député, a déclaré partager cette analyse.

La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement prévoyant le renforcement de l'information des patients, mais elle a *rejeté* celui tendant à imposer une fraction minimale d'actes réalisés hors dépassements d'honoraires. Puis elle a *adopté* l'article 28 ainsi rédigé.

Article 29

Prise en compte du critère médico-économique dans les avis et recommandations de la Haute Autorité de santé

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a présenté un amendement visant à supprimer les dispositions prévoyant la création des bases de données publiques relatives aux médicaments et aux dispositifs médicaux, considérant que les bases publiques développées notamment par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (Afssaps) seront bientôt disponibles et qu'il n'est donc pas nécessaire de prévoir la constitution de nouvelles bases de données.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a indiqué que le Sénat demeurerait vigilant sur la mise à disposition rapide des banques publiques de données dans le secteur du médicament.

M. François Autain, sénateur, a rappelé que l'intérêt de la disposition adoptée par le Sénat est de prévoir la création d'une seule base regroupant les informations diffusées par l'Afssaps et la Haute Autorité de santé, alors que les bases actuellement en cours de constitution sont propres à chaque agence.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et l'article 29 ainsi modifié.

Article 29 bis A
Compétences de l'Unocam

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a proposé un amendement de suppression de cet article, considérant notamment que son contenu est pour partie redondant avec les dispositions de l'article 25 relatives à la consultation de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie (Unocam) complémentaire lors de l'adoption de toute mesure conventionnelle ayant pour effet une revalorisation des tarifs.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et a *supprimé* l'article 29 bis A.

Article 29 bis
**Application de sanctions en cas de non-réalisation
d'une étude post-autorisation de mise sur le marché**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 30
**Aménagement du champ de la convention nationale des médecins libéraux
et introduction de la possibilité pour les caisses primaires
d'assurance maladie de conclure des contrats
avec les médecins conventionnés**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 31
**Expérimentations de nouveaux modes de rémunération
des professionnels de santé et de financement de la permanence des soins
par les missions régionales de santé**

La commission mixte paritaire a *adopté* deux amendements de **M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, et un amendement de **M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat**, visant tous trois à préciser la rédaction de cet article, puis l'article 31 ainsi rédigé.

Article 31 bis

**Contribution forfaitaire des professionnels n'assurant pas
une transmission électronique des feuilles de soins**

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a présenté un amendement visant à rétablir cet article dans sa rédaction issue de l'Assemblée nationale. Les partenaires conventionnels doivent être en mesure de déterminer les modalités de la contribution applicable aux professionnels de santé en cas de non-télétransmission des feuilles de soins.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a estimé indispensable que les médecins se forment à l'utilisation des nouvelles technologies, quel que soit leur âge.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a rappelé que le Gouvernement aurait dû définir ces sanctions par voie réglementaire depuis 1996. Il s'est interrogé sur les actions susceptibles d'être engagées en cas de défaillance des partenaires conventionnels et a estimé que le recours à la voie réglementaire doit être maintenu, à charge pour le Gouvernement de fixer les sanctions qu'il estime indispensables. Par ailleurs, des problèmes techniques, comme la couverture du territoire en accès internet à haut débit, peuvent freiner le recours à la télétransmission des feuilles de soins.

M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président, a insisté sur la nécessité de promouvoir l'internet à haut débit sur l'ensemble du territoire.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement puis a *rétabli* l'article 31 *bis* dans la rédaction de l'Assemblée nationale.

Article 32

**Répartition des professionnels de santé
sur l'ensemble du territoire**

La commission mixte paritaire a *adopté* deux amendements rédactionnels présentés par **M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 32 ainsi rédigé.

Article 33

**Répartition des médecins libéraux
sur l'ensemble du territoire**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 33 bis

Suppression du comité de la démographie médicale

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 33 ter

Devis des appareillages audioprothétiques

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a proposé un amendement de suppression de cet article. Les dispositions en vigueur relatives à l'établissement d'un devis pour l'achat d'un appareillage audioprothétique permettent à l'assuré de connaître de manière séparée le prix de l'appareil et celui de la prestation d'adaptation.

M. Gérard Dériot, sénateur, a estimé que les dispositions en vigueur sont à l'origine de nombreux dysfonctionnements car elles favorisent le développement d'une politique commerciale agressive sur le prix des appareils au détriment des prestations d'adaptation indispensables. De nombreux assurés ont donc acquis des appareils inutilisables car non adaptés à leurs besoins.

M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président, a voulu connaître la position exprimée par le Gouvernement lors des débats au Sénat.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a précisé que le Gouvernement s'est prononcé en faveur du maintien de la législation en vigueur.

MM. Philippe Vitel et Jean-Luc Prél, députés, ont confirmé l'importance des prestations d'adaptation assurées par les audioprothésistes.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a observé que l'information des patients est un élément tout aussi important que la prestation des audioprothésistes.

M. Gérard Dériot, sénateur, a souligné que le texte voté au Sénat prend en compte une vraie préoccupation de santé publique et permet de réduire les dépenses de la sécurité sociale. L'inscription sur un devis unique du prix de vente de l'appareillage et des prestations d'adaptation indissociables constitue une forme de reconnaissance de l'activité des audioprothésistes, profession réglementée par le code de la santé publique.

M. Denis Jacquat, député, a observé qu'il conviendrait d'améliorer la prise en charge de ces appareillages par l'assurance maladie.

La commission mixte paritaire a *repoussé* l'amendement et a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 34

**Elargissement du dispositif de pénalité financière
aux transporteurs sanitaires et aux entreprises de taxis**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 35 bis

Conditionnement des médicaments

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 35 ter

**Application aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle
complémentaire des règles relatives au parcours de soins coordonnés**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 36

Dossier médical personnel

La commission mixte paritaire a tout d'abord examiné deux amendements : le premier, présenté par **MM. Nicolas About, sénateur, président, et Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat**, tend à autoriser le masquage des informations inscrites au dossier médical personnel tout en permettant au professionnel de santé d'avoir connaissance de l'existence de ce masquage ; l'autre, présenté par **M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, propose de rétablir le texte voté par l'Assemblée nationale, autorisant le masquage et renvoyant au domaine réglementaire les questions relatives au « masquage du masquage ».

M. Jean-Pierre Door, député, a rappelé qu'à la demande du précédent gouvernement, un rapport a été rédigé sur ce sujet, début 2007, par M. Pierre-Louis Fagniez, alors député. De « dossier médical partagé », le DMP est devenu « dossier médical personnel », formulation retenue par la loi du 13 août 2004 qui souligne bien que le patient en a la maîtrise et doit

pouvoir décider des données qu'il souhaite laisser apparaître et de celles qu'il souhaite pouvoir masquer. Cette conception découle notamment des dispositions de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de soins. Les interrogations relatives au masquage du masquage, dont on peut comprendre les motivations, doivent par ailleurs faire l'objet d'une concertation approfondie.

M. Jean-Jacques Jégou, sénateur, a rappelé qu'il a lui-même établi un rapport critiquant le passage du concept de dossier médical partagé entre le patient et le médecin à celui de dossier médical personnel. Un récent rapport conjoint de l'Inspection générale des finances (IGF), de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) et du Conseil général des technologies de l'information (CGTI) indique que l'exercice du droit de masquage par le patient peut avoir des conséquences lourdes en termes d'usage et d'utilité du DMP. En effet, la non-inscription d'informations indispensables à une bonne prise en charge du patient est susceptible d'induire le professionnel de santé en erreur si le masquage de ces informations n'est pas repérable. Il s'est déclaré, en conséquence, favorable au maintien du texte adopté par le Sénat.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a estimé que le DMP est déjà en état de mort clinique, victime d'un accident industriel grave. Dans ces conditions, il ne paraît pas opportun d'aggraver la situation en donnant le sentiment aux Français que l'article relatif au DMP remet en cause leurs libertés individuelles. Il vaudrait mieux renvoyer le débat éthique sur la possibilité offerte au patient de masquer certaines informations au moment où le Gouvernement sera en mesure de mettre véritablement en place le DMP.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, a indiqué que l'amendement qu'il présente conjointement avec M. Nicolas About a reçu l'accord de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (Cnil). Il a, à son tour, rapporté les termes sévères du rapport IGF-Igas-CGTI qui estime que la question de l'inscription dans le DMP des données sensibles et du droit des titulaires du dossier à les masquer, et même à masquer ce masquage, menacent de vider de son sens le DMP, précisément pour ceux qui pourraient en tirer le plus d'utilité sur le plan médical.

M. Jean-Pierre Door, député, s'est prononcé en faveur du maintien des dispositions de l'article 36 relatives au portail du DMP. Pour le reste, il a jugé acceptable l'amendement de MM. About et Vasselle dans l'attente des conclusions des travaux en cours, en particulier de la mission d'information parlementaire de l'Assemblée nationale.

MM. Pierre Méhaignerie, député, vice-président, Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, et Jean-Jacques Jégou, sénateur, ont évoqué l'option consistant à supprimer purement et simplement l'article 36 dont l'adoption apparaît en tout état de cause prématurée.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a convenu que ce dossier a du mal à émerger, en soulignant l'importance de lui donner un

cadre juridique stabilisé et de tenir compte des inquiétudes exprimées par les associations de malades.

La commission a *adopté* l'amendement présenté conjointement par **MM. Nicolas About, sénateur, président, et Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat**. En conséquence, l'amendement présenté par **M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, est devenu sans objet.

La commission mixte paritaire a alors *adopté* deux amendements rédactionnels, sur la proposition de M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, puis l'article 36 ainsi rédigé.

Article 38

Déclaration des produits et prestations remboursables

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 39

Restructuration du réseau des officines de pharmacie

La commission a examiné un amendement présenté par **MM. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, Pierre Méhaignerie, député, vice-président, et Jean-Pierre Door, député**, ramenant de dix ans à cinq ans la période pendant laquelle les ouvertures d'officines sont gelées dans les communes où ont eu lieu des regroupements de pharmacies.

M. Gérard Dériot, sénateur, a souligné le fait que la durée de dix ans votée par le Sénat correspond à la durée moyenne de remboursement des emprunts contractés par les pharmaciens. A défaut de les préserver de toute concurrence durant cette période, on court le risque de mettre à mal la rentabilité de l'opération de regroupement.

M. Pierre Méhaignerie, député, vice-président, a exprimé, depuis le dépôt du projet de loi, des réserves fortes à l'égard de l'article 39, en ce qu'il traduit une forme d'autoprotection et renforce une économie de rente propice à un renchérissement du coût des officines. Une liberté est nécessaire en matière d'installation pour tenir compte des évolutions sur le territoire.

M. Jean-Pierre Door, député, a complété l'argumentaire des auteurs de l'amendement en précisant que l'abaissement à cinq ans de la durée du gel vise à permettre de faire face à des situations de forte croissance démographique.

M. Gérard Dériot, sénateur, a justifié le dispositif de l'article 39 en soulignant le coût du maillage complet du territoire par un réseau d'officines et de grossistes capables de répondre rapidement à toutes les demandes, y compris en médicaments rares. Le maintien de cette couverture impose de renforcer les pharmacies en permettant leur regroupement et en protégeant leurs investissements.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a rappelé que l'article 39 a été négocié avec les représentants de la profession.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a estimé que les pharmacies situées en zone rurale peu dense et celles situées en centre-ville ne peuvent pas être mises sur un pied d'égalité et ne doivent pas recevoir le même niveau d'aide financière de la puissance publique. Il subsiste des difficultés d'accès aux médicaments sur certaines zones du territoire. Mais l'article 39 valide avant tout la rente des plus grosses officines qui se dissimulent derrière les plus petites pour faire passer la réforme.

La commission mixte paritaire a alors *adopté* cet amendement ainsi qu'un amendement rédactionnel, présenté par **M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 39 ainsi modifié.

Article 42

Dispositions relatives à l'application de la tarification à l'activité aux établissements de santé

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 42 bis A

Participation de l'Unocam aux travaux du Conseil de l'hospitalisation et de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a proposé un amendement de suppression de cet article qui prévoit la participation de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (Unocam) aux travaux du Conseil de l'hospitalisation et de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée. La représentation de l'Unocam au sein du Conseil de l'hospitalisation et de l'Observatoire économique de l'hospitalisation publique et privée n'entre vraisemblablement pas dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale qui ne couvre pas les organismes d'assurance complémentaire. En outre, cette question organisationnelle est certainement prématurée et pourra être ultérieurement

examinée dans le cadre plus approprié des débats autour de la création des agences régionales de santé (ARS). Il convient enfin de souligner que la ministre de la santé s'est explicitement engagée au cours des débats devant le Sénat à consulter l'Unocam sur tous les sujets ayant une incidence pour la participation des assurés à leurs frais d'hospitalisation.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, tout en se déclarant favorable à la suppression de l'article, a souligné que cette question de la participation de l'Unocam se reposera à l'avenir.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et a *supprimé* l'article 42 bis A.

Article 43

Expérimentation d'une enveloppe hospitalière pour les transports sanitaires

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a proposé un amendement visant à supprimer l'intervention des missions régionales de santé (MRS) dans l'organisation de l'expérimentation relative aux nouveaux modes de financement des frais de transports sanitaires prescrits par les établissements de santé prévue au présent article. Le fait d'ajouter que les MRS fixent, dans un délai de trois mois suivant la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, la liste des établissements de santé devant entrer dans le champ de cette expérimentation risque de rigidifier excessivement les modalités de cette expérimentation.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, s'est déclaré défavorable à cet amendement, en estimant que les missions régionales de santé peuvent être compétentes pour l'expérimentation relative aux soins de ville prévue par l'article 31 comme pour une expérimentation concernant les établissements de santé.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, ayant retiré cet amendement, la commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 43 bis

Pénalités financières en cas de non-respect de l'obligation d'identification individuelle des médecins hospitaliers et des médecins salariés des centres de santé

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 44 bis A

**Composition du conseil d'administration du groupement
pour la modernisation du système d'information hospitalier**

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement de coordination présenté par **M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 44 *bis* A ainsi rédigé.

Article 44 bis

**Possibilité reconnue aux centres hospitaliers régionaux
et aux établissements privés participant au service public hospitalier
de faire appel à des praticiens libéraux**

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a présenté un amendement visant à rétablir les dispositions adoptées par l'Assemblée nationale pour permettre aux praticiens libéraux d'exercer dans les centres hospitaliers régionaux en soulignant que cet article a été supprimé par le Sénat malgré un avis « plutôt défavorable » du rapporteur, M. Alain Vasselle, qui a très justement rappelé à cette occasion la nécessité de favoriser une meilleure coopération entre les médecins libéraux et les établissements de santé. Il a proposé d'en étendre le bénéfice aux établissements de santé privés participant au service public hospitalier.

M. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, s'est interrogé sur la portée réelle de ce texte qui peut tout à fois favoriser la coopération entre les établissements de santé publics et les praticiens libéraux pour organiser la permanence des soins et permettre la création de « cliniques ouvertes » dans les établissements publics dont le fonctionnement porterait préjudice aux établissements privés. Ces interrogations conduisent à un avis partagé sur un dispositif qui fait naître la crainte d'une fuite des professionnels de santé du privé vers le public.

M. André Lardeux, sénateur, a fait remarquer qu'il semble difficile d'adopter une telle disposition législative avant les conclusions de la mission conduite par Gérard Larcher, sénateur, sur les missions de l'hôpital.

M. Jean-Marie Le Guen, député, a estimé indispensable de promouvoir la coopération entre les établissements publics et les praticiens libéraux. Cette collaboration permet le maintien en activité des établissements de proximité et incite à l'installation des professionnels de santé dans les zones où la densité médicale est faible.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a souligné que l'hôpital public se plaint souvent d'un manque de liens avec la médecine

de ville. Il est compréhensible que la « fongibilité » introduite par cet article inquiète les cliniques privées mais la concurrence est toujours saine.

M. Bernard Cazeau, sénateur, a confirmé que cette disposition permettra de renforcer l'attractivité des zones rurales et favorisera ainsi l'implantation des professionnels de santé libéraux.

M. Jean-Pierre Door, député, a rappelé que les professionnels libéraux peuvent déjà intervenir, sous certaines conditions, dans les établissements publics, et a déclaré partager les interrogations de M. Alain Vasselle sur la portée réelle de ce texte.

M. Nicolas About, sénateur, président, a fait valoir qu'il appartiendra au Gouvernement de préciser, par décret, les modalités d'exercice des praticiens libéraux dans les centres hospitaliers régionaux et les établissements privés participant au service public hospitalier.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et a *rétabli* l'article 44 *bis* dans cette nouvelle rédaction.

Article 45

Financement des établissements sociaux et médicosociaux

La commission mixte paritaire a examiné un amendement de **MM. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, et Denis Jacquat, député**, élargissant le champ des investissements susceptibles d'être financés sur les excédents dégagés par la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA).

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a indiqué que l'amendement propose de rétablir une rédaction utilisant le mot « notamment ». Cette rédaction permettrait de financer, par exemple, la construction d'une salle de loisirs adaptée aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et de pallier la sous-utilisation des crédits de l'Ondam médico-social.

MM. Alain Vasselle, rapporteur pour le Sénat, et Nicolas About, sénateur, président, se sont déclarés défavorables à l'élargissement de l'emploi des crédits de la CNSA.

La commission mixte paritaire a *rejeté* l'amendement.

Elle a *adopté* un amendement de coordination présenté par **M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, puis l'article 45 ainsi modifié.

Article 45 bis

Possibilité pour les groupements de coopération d'établissements sociaux et médicosociaux d'offrir des services d'aide à la personne

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 46

Interruption volontaire de grossesse par voie médicamenteuse en centre de planification ou d'éducation familiale

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, a présenté un amendement visant à compléter la rédaction de cet article, en précisant les compétences des centres de santé en matière d'interruption volontaire de grossesse médicamenteuse.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et l'article 46 ainsi modifié.

Article 47 bis

Publicité sur les vaccins

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 52 ter

Participation du président de conseil général ou du maire au conseil d'administration des établissements de santé

M. Gérard Dériot, sénateur, a présenté un amendement visant à préciser les conditions dans lesquelles les présidents de conseils généraux peuvent être membres des conseils d'administration des établissements de santé.

M. Jean-Pierre Door, député, s'est étonné du dispositif proposé en faisant remarquer que les conseillers municipaux et les conseillers généraux peuvent déjà appartenir aux conseils d'administration des établissements de santé.

M. Gérard Dériot, sénateur, a jugé nécessaire de permettre la participation des présidents de conseils généraux.

M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, s'est déclaré favorable à cette disposition.

La commission mixte paritaire a *adopté* cet amendement et l'article 52 *ter* ainsi modifié.

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 53 A

Compétence du conseil d'administration de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés sur les opérations d'adossement de régimes spéciaux

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 53 B

Possibilité pour la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés de demander l'intégration d'une clause de révision plafonnée du montant des droits d'entrée des opérations d'adossement de régimes spéciaux

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par **MM. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, et Denis Jacquat, député**, auquel M. Dominique Leclerc, sénateur, n'a pas fait d'objection, puis l'article 53 B ainsi rédigé.

Article 53 C

Encouragement au développement de la retraite progressive

La commission mixte paritaire a *adopté* un amendement présenté par **MM. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, et Denis Jacquat, député**, prévoyant d'assouplir l'obligation d'information des assurés sociaux sur la retraite progressive qui sera réalisée par le groupement d'intérêt public (GIP) « Info retraite », puis l'article 53 C ainsi rédigé.

Article 53 D

**Création dans les entreprises de plus de deux cent cinquante salariés
d'un taux minimum pour l'emploi des personnes
de cinquante-cinq ans ou plus**

MM. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale, et Denis Jacquat, député, ont présenté un amendement de suppression de cet article.

M. Nicolas About, sénateur, président, est convenu que cette disposition, adoptée à son initiative, consistait en un amendement d'appel pour souligner les difficultés d'emploi des seniors. Un dispositif alternatif de bonus-malus devrait être prochainement présenté par le Gouvernement. Dans cette perspective, il ne s'oppose pas à la suppression de cet article. La commission mixte paritaire a *adopté* l'amendement et *supprimé* l'article 53 D.

Article 53 E

Neutralité financière des barèmes de calcul des rachats de cotisation

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Section 3

-

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

Article 55 bis

**Possibilité d'appel pour les salariés agricoles
victimes d'un accident du travail**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Section 4

-

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Article 60

Extension aux enfants handicapés de la prestation de compensation du handicap

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 61 ter

Dispositif expérimental de centralisation de l'information et de l'inscription des enfants à un mode de garde

M. Hervé Féron, député, a présenté deux amendements déposés conjointement avec **M. Yves Bur, rapporteur pour l'Assemblée nationale**, le premier tend à fixer à trois ans la durée de l'expérimentation, le second propose une précision rédactionnelle.

M. André Lardeux, sénateur, a exprimé son accord sur ces deux amendements.

La commission mixte paritaire a *adopté* ces amendements, puis l'article 61 *ter* ainsi rédigé.

Section 4 bis

-

Dispositions relatives à l'information et au contrôle du Parlement

Article 62 bis

Transmission des référés de la Cour des comptes aux commissions des affaires sociales des assemblées

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Section 5

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

Article 63

Mise en place d'une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 64

Amélioration de la performance de la gestion des organismes de sécurité sociale

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Section 6

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

Article 66 ter

Renforcement des pouvoirs des caisses nationales dans la lutte contre la fraude

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 67 bis A

Récupération des indus

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 67 bis B

Procédure applicable en cas de rectification pour opérations litigieuses

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 67 ter

**Expérimentation d'un dispositif de suspension
des prestations en cas de fraude**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 67 quater

Documents à fournir pour une demande d'aide au logement

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

Article 67 quinquies

Justifications à fournir pour une demande d'aide au logement

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

Article 67 sexies

**Accès des centres communaux et intercommunaux d'action sociale
au répertoire national commun des organismes de sécurité sociale**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 68

Dispositions relatives à la lutte contre le travail dissimulé

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Article 71

**Harmonisation du contrôle des arrêts de travail
pour cause d'accident du travail ou de maladie professionnelle
avec les dispositions applicables en assurance maladie**

La commission mixte paritaire a *adopté* cet article dans la rédaction du Sénat.

Section 7

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

Article 73

**Rapport au Parlement sur le taux de cotisation
des employeurs publics**

La commission mixte paritaire a *maintenu la suppression* de cet article.

*

* *

**La commission mixte paritaire a ensuite adopté l'ensemble du
texte ainsi élaboré et figurant ci-après.**

TEXTE ÉLABORÉ PAR LA COMMISSION MIXTE PARITAIRE

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE
POUR 2008**

**PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2006**

**DEUXIÈME PARTIE
-
DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2007**

Section 1
**Dispositions relatives aux recettes
et à l'équilibre financier de la sécurité sociale**

Section 2
Dispositions relatives aux dépenses

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

.....

Section 1
**Dispositions relatives aux recettes des régimes obligatoires de base
et des organismes concourant à leur financement**

.....

Article 9 E

(Texte du Sénat)

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

« Section 7

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

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

« - sur les options consenties dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ;

« - sur les actions attribuées dans les conditions prévues aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-5 du même code.

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

« En cas d'attribution gratuite d'actions, cette contribution s'applique, au choix de l'employeur, sur une assiette égale, soit à la juste valeur des

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

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

« III. - Ces dispositions sont également applicables lorsque l'option est consentie ou l'attribution est effectuée, dans les mêmes conditions, par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle le bénéficiaire exerce son activité.

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

II. - Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} du même code est complété par une section 8 ainsi rédigée :

« *Section 8*

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

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

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

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

IV. - *Supprimé*.....

.....

Article 9 bis A

.....Supprimé par la commission mixte paritaire.....

Article 9 bis

.....Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

Article 9 ter

(Texte du Sénat)

L'article L. 3511-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Est interdite la vente de produits du tabac en distributeurs automatiques. »

Article 10

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

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

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

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

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

2° Le II est ainsi rédigé :

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

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

« *Art. L. 320-4.* - Tout employeur de personnel salarié ou assimilé est tenu d'adresser à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont il relève, au plus tard le 31 janvier de chaque année, une déclaration indiquant le nombre de salariés partis en préretraite ou

placés en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente, leur âge et le montant de l'avantage qui leur est alloué. Cette déclaration indique également le nombre de mises à la retraite d'office à l'initiative de l'employeur intervenant dans les conditions de l'article L. 122-14-13 et le nombre de salariés âgés de soixante ans et plus licenciés au cours de l'année civile précédant la déclaration.

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

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

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

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

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

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

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

« L'obligation de déclaration mentionnée au premier alinéa ne s'applique qu'aux employeurs dont au moins un salarié ou assimilé est parti en

préretraite ou a été placé en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente. »

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

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

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

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

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

« Section 6

« Contribution sur les indemnités de mise à la retraite

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XIII. - Supprimé par la commission mixte paritaire.....

Article 10 bis

.....Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

Article 11

(Texte du Sénat)

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

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

2° Le III est ainsi rédigé :

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

3° Les IV et V sont abrogés ;

4° Le quatrième alinéa du VII est ainsi rédigé :

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

5° Le sixième alinéa du VII est supprimé.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.....

Article 12

(Texte du Sénat)

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

II. - Le code du travail est ainsi modifié :

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 13

(Texte du Sénat)

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

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

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

Article 13 bis

(Texte du Sénat)

I. - Dans la première phrase du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « établissements publics administratifs », sont insérés les mots : « d'une autorité publique indépendante, dotée de la personnalité morale ».

II. - Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

Article 14

(Texte de l'Assemblée nationale)

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

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

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

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

3° *bis* A la fin de l'article L. 161-27, la référence : « L. 161-24 » est remplacée par la référence : « L. 161-23-1 » ;

4° L'article L. 241-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

5° L'article L. 241-10 est ainsi modifié :

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

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

c) Dans la première phrase du III *bis*, les mots : « , d'accidents du travail » sont supprimés ;

6° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 241-12, les mots : « , d'allocations familiales et d'accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et d'allocations familiales » ;

7° L'article L. 752-3-1 est ainsi modifié :

a) Dans le premier alinéa, après les mots : « législation de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « , à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles » ;

b) Dans le premier alinéa du I et dans les II et III, après les mots : « des cotisations patronales », sont insérés les mots : « , à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, ».

II. - Le code du travail est ainsi modifié :

1° Dans le deuxième alinéa du II de l'article L. 322-4-7, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés ;

1° *bis* Dans le I de l'article L. 322-13, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales » ;

2° Dans le 2° du I de l'article L. 832-2, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».

III. - Le code du travail, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative), est ainsi modifié :

1° Dans le 1° de l'article L. 5134-31, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés ;

2° Dans le premier alinéa de l'article L. 5522-18, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».

IV. - Le code rural est ainsi modifié :

1° A Dans le dernier alinéa de l'article L. 741-15-1, les références : « les articles L. 741-4-1 et L. 751-17-1 » sont remplacées par la référence : « l'article L. 741-4-1 » ;

1° B Dans le dernier alinéa de l'article L. 741-15-2, les références : « les articles L. 741-4-2 et L. 751-17-2 » sont remplacées par la référence : « l'article L. 741-4-2 » ;

1° Dans le premier alinéa du I et le IV de l'article L.741-27, les mots : « , d'accidents du travail » sont supprimés ;

2° Dans l'article L. 751-17, les références : « des articles L. 241-12, L. 241-13 » sont remplacées par la référence : « de l'article L. 241-13 » ;

3° Les articles L. 751-17-1 et L. 751-17-2 sont abrogés.

V. - Dans le premier alinéa du I de l'article 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, le I de l'article 15 et l'article 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux et le premier alinéa du VII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés.

VI. - Dans le I de l'article 131 de la loi de finances pour 2004 (n° 2003-1311 du 30 décembre 2003), les mots : « , des allocations familiales, des accidents du travail et des maladies professionnelles » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».

VII. - Le présent article est applicable aux cotisations dues au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2008.

Article 15

(Texte du Sénat)

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le 4° de l'article L. 651-1, les mots : « , dans la mesure où elles sont assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application des dispositions de l'article 256 B du code général des impôts » sont remplacés par les mots : « dans les limites de leur activité concurrentielle » ;

2° Le même article L. 651-1 est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11° Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code de commerce et des sociétés coopératives européennes, au sens du règlement (CE) 1435/2003 du Conseil, du 22 juillet 2003, relatif au statut de la société coopérative européenne. » ;

3° Dans le troisième alinéa de l'article L. 651-3, les références : « 5° et 10° » sont remplacées par les références : « 5°, 10° et 11° ».

Article 16

(Texte du Sénat)

I. - L'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

II. - 1. L'article L. 242-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.....

Article 16 *ter*

(Texte du Sénat)

À titre expérimental et pour une durée de deux ans à compter du 1^{er} janvier 2008, le salarié peut, en accord avec l'employeur, décider que le repos compensateur de remplacement qui lui serait applicable en application du II de l'article L. 212-5 du code du travail ou de l'article L. 713-7 du code rural soit pour tout ou partie converti, à due concurrence, par une majoration salariale dont le taux ne peut être inférieur à celui qui lui serait applicable en application du I de l'article L. 212-5 du code du travail. Les I à IX, XII et XIII de l'article 1^{er} de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat s'appliquent aux rémunérations ainsi versées. Cette expérimentation fera l'objet d'un bilan avant le 31 décembre 2009.

Article additionnel après l'article 16 *ter*

(Pour coordination)

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

Article 17

(Pour coordination)

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

Article 17 bis

.....Supprimé par la commission mixte paritaire.....

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

.....

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 23

(Texte du Sénat)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

.....

QUATRIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES POUR 2008

Section 1

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance maladie

Article 25

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

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

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

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

2° La deuxième phrase du dernier alinéa est complétée par les mots et une phrase ainsi rédigée : « qui sont transmises au comité par l'Union

nationale des caisses d'assurance maladie. Le comité notifie également le risque sérieux de dépassement à l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire qui propose des mesures de redressement. »

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

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

Article 26

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - Dans le premier alinéa de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, après le mot : « couverture », sont insérés les mots : « d'actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ainsi que ».

II. - Après le 3° du même article L. 162-1-15, sont insérés un 4° et 5° ainsi rédigés :

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

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

III. - Le dernier alinéa du même article L. 162-1-15 est complété par les mots : « , actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa ».

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

V. - Après l'article L. 162-1-16 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-17 ainsi rédigé :

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

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

Article 27

(Texte du Sénat)

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

« Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, détermine, pour les prestations de transports par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent excéder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à

ce secteur et fixe les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement. »

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

Article 28

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

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

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

III et IV. - Suppressions maintenues par la commission mixte paritaire

.....

Article 29

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

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

III. - Supprimé par la commission mixte paritaire.....

IV. - Le quatrième alinéa (c) de l'article L. 716-10 du code de la propriété intellectuelle est complété par une phrase ainsi rédigée :

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

Article 29 bis A

.....Supprimé par la commission mixte paritaire.....

Article 29 bis

(Texte du Sénat)

Le 4° bis de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , ainsi que les sanctions encourues en cas de non réalisation ou de retard dans la réalisation de ces études qui pourront aboutir, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, à une baisse de prix du médicament concerné, fixée exclusivement sur la base des conséquences entraînées pour l'assurance maladie par la non-réalisation des études. »

Article 30

(Texte du Sénat)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 31

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

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

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

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

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

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

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

Les mutuelles régies par le code de la mutualité, les institutions de prévoyance régies par le livre IX du code de la sécurité sociale ou par le

livre VII du code rural et les entreprises régies par le code des assurances sont associées à ces expérimentations si elles le souhaitent.

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

II. - A titre expérimental, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, les missions régionales de santé volontaires prévues à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale fixent, par dérogation à l'article L. 162-5 du même code, le montant et les modalités des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins. Elles financent également des actions et des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins, en particulier les maisons médicales de garde, les centres de santé, ainsi que, le cas échéant, des établissements de santé.

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

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

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

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

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

2° Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et de financement des centres de santé et des maisons de santé, complétant ou se substituant au paiement à l'acte pour tous les professionnels de santé volontaires, ainsi que les expérimentations relatives à la rémunération de la permanence des soins, selon des modalités définies par décret. »

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

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

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

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

« *CHAPITRE III BIS*

« *Maisons de santé*

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

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

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

Article 31 bis

(Texte de l'Assemblée nationale)

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

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

« Les conventions mentionnées au I de l'article L. 162-14-1 fixent pour les professionnels concernés le montant de cette contribution forfaitaire

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

2° Le dernier alinéa est supprimé.

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

Article 32

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

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

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

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

2° et 3° *Supprimés*.....

4° a) Le 1° de l'article L. 162-47 est ainsi rédigé :

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

b) Les 2°, 3°, 4° et 5° du même article deviennent respectivement les 3°, 4°, 5° et 6° du même article, et il est rétabli un 2° ainsi rédigé :

« 2° Des zones de recours aux soins ambulatoires qui sont déterminées en fonction de critères démographiques, géographiques, d'activité économique et d'existence d'infrastructures de transports. S'agissant des

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

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

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

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

.....

Article 33

(Texte du Sénat)

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

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

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

Article 33 bis

(Texte du Sénat)

Le deuxième alinéa de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est supprimé.

Article 33 ter

(Texte du Sénat)

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

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

2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

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

Article 34

(Texte du Sénat)

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

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

1° bis Dans la première phrase du premier alinéa, après les mots : « prise en charge indus », sont insérés les mots : « , ou ayant exposé les assurés à des dépassements d'honoraires dépassant le tact et la mesure, » ;

2° Dans la quatrième phrase du premier alinéa, après les mots : « , du professionnel de santé », sont insérés les mots : « , du fournisseur ou autre prestataire de services, » ;

3° Dans la deuxième phrase du premier alinéa et dans l'avant-dernier alinéa, après les mots : « un professionnel de santé », sont insérés les mots : « , un fournisseur ou un autre prestataire de services ».

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

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

.....

Article 35 bis

(Texte du Sénat)

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

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

Article 35 ter

(Texte du Sénat)

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

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

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

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

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

Article 36

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

2° Sont ajoutés les mots : « , les conditions dans lesquelles certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical personnel ou son représentant légal ainsi que les modalités selon lesquelles le professionnel de santé accédant au dossier médical personnel a connaissance de l'inscription au dossier d'informations rendues inaccessibles par son titulaire ou son représentant légal. »

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

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

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

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

.....

Article 38

(Texte du Sénat)

I. - L'article L. 165-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-5.* - Les fabricants ou distributeurs sont tenus, sans préjudice des dispositions de l'article L. 5211-4 du code de la santé publique, de déclarer auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé l'ensemble des produits ou prestations qu'ils commercialisent et inscrivent, sous quelque forme que ce soit, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code, en précisant pour chaque produit ou prestation le code correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste. Ils sont tenus de la même obligation pour toute modification affectant le code d'un produit ou d'une prestation antérieurement déclaré.

« Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du fabricant ou du distributeur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits ou prestations considérés ; elle est reconductible le cas échéant chaque année.

« La pénalité mentionnée au deuxième alinéa est recouvrée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours en pleine juridiction.

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

II. - Le I entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2009.

Article 39

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

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

2° Dans le deuxième alinéa, le mot : « satisfaisant » est remplacé par les mots : « ou d'urgence mentionné à l'article L. 5125-22 » ;

3° *Supprimé*.....

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

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

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

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

2° La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;

3° Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

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

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

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

2° Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

VIII *bis.* - L'article L. 5125-12 du même code est abrogé.

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

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

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

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

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

« 1° Que la commune d'origine comporte :

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

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

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

« 3° *Supprimé*..... »

3° *Supprimé*.....

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

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

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

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

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

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

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

Par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 5125-11 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent article, jusqu'au 1^{er} janvier 2010, à l'exclusion de celles prévues au premier alinéa du présent XII, aucune ouverture d'officine par voie de création ne peut être autorisée dans les communes dépourvues d'officine ou dans les zones franches urbaines, les

zones urbaines sensibles et les zones de redynamisation urbaine mentionnées dans la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville ainsi que dans les zones de revitalisation rurale définies par l'article 1465 A du code général des impôts.

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

2° Le troisième alinéa (2°) de l'article L. 5125-32 du même code est supprimé ;

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

.....

Article 42

(Texte du Sénat)

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

1° La première phrase du I est ainsi rédigée :

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

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

3° Le V est ainsi rédigé :

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

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

l'assuré. Par dérogation au présent alinéa, les tarifs des prestations afférentes aux activités d'hospitalisation à domicile et de prélèvement d'organes ou de tissus ne sont pas affectés par le coefficient de transition précité.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

4° Le VI est ainsi modifié :

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

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« II. - Si la dégradation financière répond à des critères définis par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation saisit la chambre régionale des comptes. Dans le délai de deux mois suivant sa saisine, celle-ci évalue la situation financière de l'établissement et propose, le cas échéant, des mesures de redressement. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation met en demeure l'établissement de prendre les mesures de redressement appropriées. »

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

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

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

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

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

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

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

Article 42 bis A

.....Supprimé par la commission mixte paritaire.....

.....

Article 43

(Texte du Sénat)

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

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

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

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

Article 43 bis

(Texte du Sénat)

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

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

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

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

« mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ».

.....

Article 44 bis A

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

1° Le deuxième alinéa est complété par les mots : « , l'État et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés » ;

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

« L'État et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés sont représentés au conseil d'administration et à l'assemblée générale du groupement dans des conditions déterminées par sa convention constitutive. »

Article 44 bis

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

L'article L. 6146-10 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « autres que les centres hospitaliers régionaux » sont supprimés ;

2° Dans le premier alinéa, avant les mots : « peuvent être autorisés », sont insérés les mots : « et les établissements privés participant au service public hospitalier » ;

3° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Pour chaque discipline ou spécialité, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation détermine la proportion maximale des actes et séjours que l'établissement peut réaliser dans le cadre de cette structure. »

Article 45

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

« 10° De contribuer au financement de l'investissement destiné à la mise aux normes techniques et de sécurité, à la modernisation des locaux en

fonctionnement ainsi qu'à la création de places nouvelles en établissements et services sociaux et médico-sociaux. » ;

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

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

« Ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement immobilier portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1, ainsi que des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« I *ter*. - Les établissements relevant de façon combinée du 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code et de l'article L. 633-1 du code de la construction et de l'habitation qui, d'une part, bénéficient au 31 décembre 2007 d'une autorisation de dispenser des soins aux assurés sociaux, et, d'autre

part, accueillent des personnes âgées dépendantes dans une proportion inférieure au deuxième seuil mentionné au premier alinéa du I *bis* sont autorisés à passer la convention pluriannuelle prévue au I pour une partie seulement de leur capacité d'accueil correspondant à l'hébergement de personnes âgées dépendantes. Les résidents hébergés dans la capacité d'accueil non couverte par la convention bénéficient, le cas échéant, de l'allocation personnalisée d'autonomie selon les modalités prévues aux articles L. 232-3 à L. 232-7.

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

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

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

2° Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa, après le mot : « régions », sont insérés les mots : « et l'objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services relevant de mêmes catégories » ;

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

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

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

Article 45 bis

(Texte du Sénat)

I. - Dans la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 129-1 du code du travail, après les mots : « organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service autorisé au titre du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles », sont ajoutés les mots : « et les groupements de coopération mentionnés au 3° de l'article L. 312-7 du même code ».

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

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

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

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

Article 46

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

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

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

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

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

IV (*nouveau*). - Le premier alinéa de l'article L. 6323-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée : « Ils peuvent pratiquer des interruptions volontaires de grossesse par voie médicamenteuse dans le cadre d'une convention conclue selon les modalités prévues à l'article L. 2212-2 et

dans les conditions prévues aux articles L. 2212-1 à L. 2212-10 du présent code. »

.....

Article 47 bis

(Texte du Sénat)

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

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

.....

Article 52 ter

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Le huitième alinéa (7°) de l'article L. 6143-6 du code de la santé publique est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« 7° S'il est membre de la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation ;

« 8° S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification, sauf lorsque la part du produit des sections tarifaires arrêtées au titre de cette autorité de tarification représente moins d'un dixième dans le total des produits de tarification de l'ensemble des différents budgets de l'établissement. Il ne prend pas part au vote et au débat qui le précède lorsque les délibérations du conseil d'administration portent sur les activités pour lesquelles il exerce l'autorité de tarification dans l'établissement. »

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 53 A

(Texte du Sénat)

Après le deuxième alinéa de l'article L. 222-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La caisse se prononce, par l'intermédiaire de son conseil d'administration, sur les conventions d'adossment élaborées en application des articles L. 222-6 et L. 222-7. Elle en apprécie les modalités dans le respect du principe de stricte neutralité de l'opération pour les assurés sociaux du régime général. »

Article 53 B

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Après l'article L. 222-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 222-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 222-8.* - La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés peut demander que soit intégrée, dans les opérations d'adossment de régimes spéciaux mentionnées aux articles L. 222-6 et L. 222-7, une clause de révision relative au respect de la stricte neutralité financière de l'opération pour les assurés sociaux du régime général. Cette clause de révision, dont les modalités détaillées figurent dans la convention d'adossment signée entre les parties, intervient dans un délai de cinq à dix ans et porte sur un montant financier plafonné. »

Article 53 C

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

Il est inséré, après le troisième alinéa de l'article L. 161-17 du code de la sécurité sociale, un alinéa ainsi rédigé :

« Les documents d'information mentionnés aux deux alinéas ci-dessus contiennent une information sur la retraite progressive et les avantages vieillesse tirés de la mise en œuvre de cette faculté. »

Article 53 D

.....Supprimé par la commission mixte paritaire.....

Article 53 E

(Texte du Sénat)

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

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

.....

Section 3

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

.....

Article 55 *bis*

(Texte du Sénat)

Le second alinéa de l'article L. 751-32 du code rural est supprimé.

.....

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

.....

Article 60

(Texte du Sénat)

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

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

1° *bis* Après le premier alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

2° Le III est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

IV. - Le présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2008.

.....

Article 61 *ter*

(Texte élaboré par la commission mixte paritaire)

I. - L'article L. 212-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses d'allocations familiales assurent l'information sur les différentes possibilités de garde d'enfants et les prestations associées. »

II. - A titre expérimental, et pour une durée de trois ans à compter de la date de publication de la présente loi, les caisses d'allocations familiales peuvent centraliser les informations sur les disponibilités de garde d'enfants et, le cas échéant, procéder à l'inscription des enfants.

Au titre de cette expérimentation, les personnes assumant la charge d'un enfant reçoivent une information sur l'ensemble des disponibilités de garde assurée par les assistants maternels mentionnés à l'article L. 421-1 du code de l'action sociale et des familles, les personnes mentionnées à l'article L. 772-1 du code du travail, les organismes mentionnés à l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale et les structures visées à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique.

Elles reçoivent également, à leur demande, une simulation de calcul sur les coûts respectifs de ces différents modes de garde, compte tenu de leur situation.

Une convention de mise en œuvre de l'expérimentation est signée entre le représentant de l'État dans le département, les représentants des collectivités territoriales concernées et le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 212-2 du code de la sécurité sociale.

La convention détermine le territoire de l'expérimentation et précise la nature, la périodicité et les modalités de communication des informations

entre, d'une part, les professionnels mentionnés au deuxième alinéa et, d'autre part, la caisse d'allocations familiales.

Cette expérimentation fait l'objet d'une évaluation.

.....

Section 4 *bis*

Dispositions relatives à l'information et au contrôle du Parlement

(Texte du Sénat)

Article 62 *bis*

(Texte du Sénat)

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

Section 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 63

(Texte du Sénat)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« *Art. L. 224-5-6.* - Les caisses nationales du régime général et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale concluent chacune avec l'Union des caisses nationales de sécurité sociale une convention précisant leurs objectifs et leurs engagements réciproques pour la réalisation des missions de l'union. Cette convention est signée par le directeur général ou le directeur de chaque caisse nationale et de l'agence centrale et, pour l'union, par le président du comité exécutif et le directeur. Elle est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale. »

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

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

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

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

Article 64

(Texte du Sénat)

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

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

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

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

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

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

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

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

IV *bis.* - L'article L. 153-3 du même code est ainsi modifié :

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

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

V. - Dans le 4° du I de l'article L. 227-1 du même code, les mots : « des budgets de gestion administrative et, s'il y a lieu, des budgets de

contrôle médical, » sont remplacés par les mots : « des budgets de gestion et, s'il y a lieu, ».

.....

Section 6

Dispositions relatives au contrôle et à la lutte contre la fraude

.....

Article 66 *ter*

(Texte du Sénat)

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

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

.....

Article 67 *bis* A

(Texte du Sénat)

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

1° Le troisième alinéa (2°) est complété par les mots : « et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement. » ;

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

Article 67 bis B

(Texte du Sénat)

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

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

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

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

.....

Article 67 ter

(Texte du Sénat)

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

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

est infligée pour les mêmes faits, le montant des allocations supprimées s'impute sur celle-ci.

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

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

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

Article 67 quater

.....Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

Article 67 quinquies

.....Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

Article 67 sexies

(Texte du Sénat)

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

Article 68

(Texte du Sénat)

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

« *Art. L. 8271-8-1.* - Les agents de contrôle mentionnés à l'article L. 8271-7 communiquent leurs procès-verbaux de travail dissimulé aux

organismes de recouvrement mentionnés aux articles L. 213-1 et L. 752-1 du code de la sécurité sociale et à l'article L. 723-3 du code rural qui procèdent à la mise en recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues sur la base des informations contenues dans lesdits procès-verbaux. »

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

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

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

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

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

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

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

.....

Article 71

(Texte du Sénat)

I. - L'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le droit à l'indemnité journalière est ouvert dans les conditions définies à l'article L. 323-6. »

II. - L'article L. 442-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 442-5.* - Les articles L. 315-1 et L. 315-2 sont applicables aux accidents du travail. »

Section 7

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

.....

Article 73

.....Suppression maintenue par la commission mixte paritaire.....

ANNEXE A

**Rapport décrivant les mesures prévues pour la couverture des déficits
constatés sur l'exercice 2006**

.....

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**

.....

ANNEXE C

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

.....

TABLEAU COMPARATIF

Texte adopté par l'Assemblée nationale	Texte adopté par le Sénat
Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2008
PREMIÈRE PARTIE	PREMIÈRE PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2006	DISPOSITIONS RELATIVES À L'EXERCICE 2006
Articles 1 ^{er} et 2	
..... Conformes	
DEUXIÈME PARTIE	DEUXIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2007	DISPOSITIONS RELATIVES À L'ANNÉE 2007
Section 1	Section 1
Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale	Dispositions relatives aux recettes et à l'équilibre financier de la sécurité sociale
Articles 3 et 4	
..... Conformes	
Section 2	Section 2
Dispositions relatives aux dépenses	Dispositions relatives aux dépenses
Articles 5 à 7	
..... Conformes	
TROISIÈME PARTIE	TROISIÈME PARTIE
DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2008	DISPOSITIONS RELATIVES AUX RECETTES ET À L'ÉQUILIBRE GÉNÉRAL POUR 2008
Article 8	
..... Conforme	

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Section 1

Section 1

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

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

Articles 9 A à 9 D

Conformes

Article 9 E (*nouveau*)

Article 9 E

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

I. - Alinéa sans modification

« Section 7

Division
et intitulé sans modification

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

« Art. L. 137-13. - I. - Alinéa sans modification

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

« - sur les options consenties dans les conditions prévues aux articles L. 225-177 à L. 225-186 du code de commerce ;

Alinéa sans modification

« - sur les actions attribuées dans les conditions prévues aux articles L. 225-197-1 à L. 225-197-5 du même code.

Alinéa sans modification

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

« En ...

... in-ternationales, soit à 25 % ...

... pé-riode.

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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

« III. - Ces dispositions sont également applicables lorsque l'option est consentie ou l'attribution est effectuée, dans les mêmes conditions, par une société dont le siège est situé à l'étranger et qui est mère ou filiale de l'entreprise dans laquelle le bénéficiaire exerce son activité.

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

II. - Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} du même code est complété par une section 8 ainsi rédigée :

« Section 8

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

« Art. L. 137-14. - Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie dont relèvent les bénéficiaires, une contribution salariale de 2,5 % assise sur le montant de l'avantage défini au I de l'article 80 bis du code général des impôts ainsi que celui de l'avantage défini au 6 bis de l'article 200 A du même code.

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

III. - Le I est applicable aux attributions consenties à compter du 16 octobre 2007.

IV. - Le II est applicable aux levées d'options réalisées et aux actions gratuites cédées à compter du 16 octobre 2007.

cette période.

« II. - Non modifié

« III. - Non modifié

« IV. - Non modifié

II. - Alinéa sans modification

Division
et intitulé sans modification

« Art. L. 137-14. - Il ...

... montant
des avantages définis aux 6 et 6 bis de l'article 200 A du code général des impôts.

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

III. - *Les dispositions du présent article sont applicables* aux attributions consenties à compter du 16 octobre 2007.

IV. - **Supprimé**

Article 9

..... Conforme

Article 9 bis A (nouveau)

Il est institué, au profit des régimes obligatoires d'assurance maladie, une contribution sur les boissons sucrées à l'exception des eaux minérales aromatisées et des jus de fruits.

Cette contribution s'applique sur le prix de vente hors taxe de ces produits. Son taux est de 1 %.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 9 bis (nouveau)

Il est institué une taxe de 0,22 % assise sur le chiffre d'affaires des fabricants de tabac tel que défini aux articles 575 et suivants du code général des impôts dont le produit est versé aux régimes obligatoires d'assurance maladie.

Article 10

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

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

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

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

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

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

2° Le II est ainsi rédigé :

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

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

« Art. L. 320-4. - Tout employeur de personnel salarié ou assimilé est tenu d'adresser à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont il relève, au plus tard le 31 janvier de chaque année, une déclaration indiquant le nombre de salariés partis en préretraite ou placés en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente, leur âge et le montant de l'avantage qui leur est alloué.

Texte adopté par le Sénat

Un décret détermine les modalités de recouvrement de cette contribution.

Article 9 bis

Supprimé

Article 9 ter (nouveau)

L'article L. 3511-2 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Est interdite la vente de produits du tabac en distributeurs automatiques. »

Article 10

I. - Non modifié

II. - Non modifié

III. - Non modifié

IV. - Alinéa sans modification

« Art. L. 320-4. - Tout ...

... alloué. Cette déclaration indique également le nombre de mises à la retraite d'office à l'initiative de l'employeur intervenant dans

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« Le défaut de production, dans les délais prescrits, de cette déclaration entraîne une pénalité dont le montant est égal à trois cents fois le taux horaire du minimum garanti prévu à l'article L. 141-8. Cette pénalité est recouvrée par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont relève l'employeur. Son produit est affecté à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

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

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

V. - La sous-section 3 de la section 3 du chapitre 1^{er} du titre II du livre II de la première partie du code du travail, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative), est complétée par un article L. 1221-18 ainsi rédigé :

« *Art. L. 1221-18.* - Tout employeur de personnel salarié ou assimilé est tenu d'adresser à l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont il relève, au plus tard le 31 janvier de chaque année, une déclaration indiquant le nombre de salariés partis en préretraite ou placés en cessation anticipée d'activité au cours de l'année civile précédente, leur âge et le montant de l'avantage qui leur est alloué.

« Le défaut de production, dans les délais prescrits, de cette déclaration entraîne une pénalité dont le montant est égal à trois cents fois le taux horaire du minimum garanti prévu à l'article L. 3231-12. Cette pénalité est recouvrée par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations et contributions sociales dont relève l'employeur. Son produit est affecté à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.

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

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

Texte adopté par le Sénat

les conditions de l'article L. 122-14-13 et le nombre de salariés âgés de soixante ans et plus licenciés au cours de l'année civile précédant la déclaration.

« Le ...

... égal à six cents fois le taux horaire du *salair*e minimum interprofessionnel de croissance. Cette pénalité ...

... salariés.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

V. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 1221-18.* - Tout ...

... alloué. *Cette déclaration indique également le nombre de mises à la retraite d'office à l'initiative de l'employeur intervenant dans les conditions des articles L. 1237-5 à L. 1237-10 et le nombre de salariés âgés de soixante ans et plus licenciés au cours de l'année civile précédant la déclaration.*

« Le ...

... égal à six cents fois le taux horaire du *salair*e minimum interprofessionnel de croissance. Cette pénalité ...

... salariés.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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

VI. - Non modifié

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

VII. - Non modifié

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

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

VIII. - Non modifié

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

« Section 6

« Contribution sur les indemnités de mise à la retraite

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

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

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

IX. - Non modifié

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

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

X. - Non modifié

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

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

XI. - Non modifié

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

XII. - Non modifié

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

XIII (nouveau). - Après l'article L. 2323-57 du code

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 10 bis

Les deux dernières phrases de l'article L. 421-9 du code de l'aviation civile sont supprimées.

Article 11

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

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

2° Le III est ainsi rédigé :

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

3° Les IV et V sont abrogés ;

4° Le quatrième alinéa du VII est ainsi rédigé :

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

5° Le sixième alinéa du VII est supprimé.

Texte adopté par le Sénat

du travail dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 précitée, il est inséré un article L. 2323-57-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 2323-57-1. - À partir du 31 décembre 2008, dans les entreprises soumises aux obligations prévues à l'article L. 2323-57, l'employeur présente chaque année au comité d'entreprise ou, à défaut, aux délégués du personnel, un rapport écrit sur la situation des salariés âgés de plus de cinquante ans dans l'entreprise. Ce rapport comporte une analyse permettant d'apprécier la situation des salariés âgés en matière de formation, de promotion professionnelle, de qualification, de classification, de conditions de travail et de rémunération effective. Il est établi sur la base d'indicateurs pertinents et de données chiffrées. Il décrit les actions mises en œuvre par l'entreprise au cours de l'année écoulée en vue d'améliorer la situation des salariés âgés et de favoriser leur maintien dans l'emploi. Il fixe les objectifs pour l'année à venir, les actions qui seront menées à ce titre ainsi qu'une évaluation de leur coût. Les délégués syndicaux reçoivent communication du rapport dans les mêmes conditions que les membres du comité d'entreprise. »

Article 10 bis

Supprimé

Article 11

I. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

II (*nouveau*). - Le II de l'article L. 136-5 du même code est ainsi rédigé :

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

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

III (*nouveau*). - L'article L. 741-27 du code rural est ainsi modifié :

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

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

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

II. - Non modifié

III. - Non modifié

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

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

Article 11 bis

..... Conforme

Article 12

I. - Les articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux sont abrogés à compter du 1^{er} novembre 2007. Toutefois, les dispositions de ces articles continuent à s'appliquer

Article 12

I. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

aux contrats de travail conclus avant le 1^{er} novembre 2007 et jusqu'au terme de ceux-ci.

II (*nouveau*). - Le code du travail est ainsi modifié :

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

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

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

III (*nouveau*). - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

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

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

IV (*nouveau*). - Le Gouvernement présente au Parlement, avant le 30 juin 2009, un rapport sur l'évaluation du dispositif prévu par les articles 15 et 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux, tel qu'il continue à s'appliquer aux contrats mentionnés au I.

Article 13

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

II. - Un décret fixe les modalités d'application du I. Il définit notamment la liste des activités éligibles, la durée maximale de l'affiliation prévue au I ainsi que les conditions d'agrément et de rémunération des associations. Il fixe éga-

II. - Non modifié

III. - Non modifié

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

Article 13

I. - Non modifié

II. - Un ...

... éligibles, les modalités de déclaration de l'activité à l'organisme consulaire concerné, la durée ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

lement le montant des revenus tirés de l'activité visée en deçà duquel est ouvert le bénéfice de l'affiliation prévue au I.

... I.

III. - Le présent article est applicable jusqu'au 31 décembre 2009.

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

Article 13 *bis* (nouveau)

Article 13 *bis*

I. - Dans la première phrase du 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « établissements publics administratifs, », sont insérés les mots : « d'une autorité publique indépendante, dotée de la personnalité morale ».

I. - Non modifié

II. - Les personnes qui réalisent, à titre occasionnel, les contrôles visés à l'article L. 232-11 du code du sport, ou qui participent aux travaux du comité de médecins visé au deuxième alinéa de l'article L. 232-2 du même code, entrent dans la catégorie des personnes visées au 21° de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale.

II. - *Supprimé*

Article 14

Article 14

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

I. - Alinéa sans modification

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

1° Non modifié

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

2° Non modifié

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

3° Non modifié

3° *bis* (nouveau) À la fin de l'article L. 161-27, la référence : « L. 161-24 » est remplacée par la référence : « L. 161-23-1 » ;

3° *bis* Non modifié

4° L'article L. 241-5 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

4° Alinéa sans modification

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

« Les ...

... rémunération. *Ne sont pas concernées les cotisations portant sur les contrats de professionnalisation conclus par les groupements d'employeurs, régis par les articles L. 127-1 et suivants, qui organisent des parcours d'insertion et de qualification au profit, soit de jeunes âgés de seize à vingt-cinq ans révolus, sortis du système scolaire sans qualification ou rencontrant des difficultés particulières d'accès à l'emploi, soit de demandeurs d'emploi âgés de quarante-cinq ans et plus.* » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

5° L'article L. 241-10 est ainsi modifié :

5° Non modifié

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

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

c) Dans la première phrase du III *bis*, les mots : « , d'accidents du travail » sont supprimés ;

6° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 241-12, les mots : « , d'allocations familiales et d'accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et d'allocations familiales » ;

6° Non modifié

7° L'article L. 752-3-1 est ainsi modifié :

7° Non modifié

a) Dans le premier alinéa, après les mots : « législation de la sécurité sociale », sont insérés les mots : « , à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles » ;

b) Dans le premier alinéa du I et dans les II et III, après les mots : « des cotisations patronales », sont insérés les mots : « , à l'exclusion de celles dues au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles, ».

II. - Le code du travail est ainsi modifié :

II. - Non modifié

1° Dans le deuxième alinéa du II de l'article L. 322-4-7, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés ;

1° *bis (nouveau)* Dans le I de l'article L. 322-13, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales » ;

2° Dans le 2° du I de l'article L. 832-2, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».

III. - Non modifié

III. - Le code du travail, dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 relative au code du travail (partie législative), est ainsi modifié :

1° Dans le 1° de l'article L. 5134-31, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés ;

2° Dans le premier alinéa de l'article L. 5522-18, les mots : « , des allocations familiales et des accidents du travail » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».

IV. - Non modifié

IV. - Le code rural est ainsi modifié :

1° A *(nouveau)* Dans le dernier alinéa de l'article L. 741-15-1, les références : « les articles L. 741-4-1 et L. 751-17-1 » sont remplacées par la référence : « l'article L. 741-4-1 » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

1° B (*nouveau*) Dans le dernier alinéa de l'article L. 741-15-2, les références : « les articles L. 741-4-2 et L. 751-17-2 » sont remplacées par la référence : « l'article L. 741-4-2 » ;

1° Dans le premier alinéa du I et le IV de l'article L.741-27, les mots : « , d'accidents du travail » sont supprimés ;

2° Dans l'article L. 751-17, les références : « des articles L. 241-12, L. 241-13 » sont remplacés par la référence : « de l'article L. 241-13 » ;

3° Les articles L. 751-17-1 et L. 751-17-2 sont abrogés.

V. - Dans le premier alinéa du I de l'article 12 de la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville, le I de l'article 15 et l'article 16 de la loi n° 2005-157 du 23 février 2005 relative au développement des territoires ruraux et le premier alinéa du VII de l'article 130 de la loi n° 2006-1771 du 30 décembre 2006 de finances rectificative pour 2006, les mots : « , des accidents du travail » sont supprimés.

V. - Non modifié

VI. - Dans le I de l'article 131 de la loi de finances pour 2004 (n° 2003-1311 du 30 décembre 2003), les mots : « , des allocations familiales, des accidents du travail et des maladies professionnelles » sont remplacés par les mots : « et des allocations familiales ».

VI. - Non modifié

VII. - Le présent article est applicable aux cotisations dues au titre des rémunérations versées à compter du 1^{er} janvier 2008.

VII. - Non modifié

Article 15

Article 15

Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

Alinéa sans modification

1° Dans le 4° de l'article L. 651-1, les mots : « , dans la mesure où elles sont assujetties à la taxe sur la valeur ajoutée en application des dispositions de l'article 256 B du code général des impôts » sont supprimés ;

1° Dans ...

... impôts » sont *remplacés par les mots* : « dans les limites de leur activité concurrentielle » ;

2° Le même article L. 651-1 est complété par un 11° ainsi rédigé :

2° Non modifié

« 11° Des sociétés européennes au sens de l'article L. 229-1 du code de commerce et des sociétés coopératives européennes, au sens du règlement (CE) 1435/2003 du Conseil, du 22 juillet 2003, relatif au statut de la société coopérative européenne. » ;

3° Dans le troisième alinéa de l'article L. 651-3, les références : « 5° et 10° » sont remplacées par les références :

3° Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« 5°, 10° et 11° ».

Article 16

I. - L'article L. 241-16 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

II. - *Supprimé*

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

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

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

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

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

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

V. - *Supprimé*

Texte adopté par le Sénat

Article 16

I. - Non modifié

II. - 1. *L'article L. 242-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

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

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

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

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

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

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

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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

VI. - Non modifié

Article 16 bis

..... Conforme

Article 16 ter (nouveau)

Article 16 ter

À titre expérimental et pour une durée de deux ans à compter du 1^{er} janvier 2008, le salarié peut, en accord avec l'employeur, décider que le repos compensateur de remplacement qui lui serait applicable en application du II de l'article L. 212-5 du code du travail soit pour tout ou partie converti, à due concurrence, par une majoration salariale dont le taux ne peut être inférieur à celui qui lui serait applicable en application du I du même article. Les I à IX, XII et XIII de l'article 1^{er} de la loi n° 2007-1223 du 21 août 2007 en faveur du travail, de l'emploi et du pouvoir d'achat s'appliquent aux rémunérations ainsi versées. Cette expérimentation fera l'objet d'un bilan avant le 31 décembre 2009.

À ...
... travail ou de l'article L. 713-7 du code rural soit pour tout ...
... du I de l'article L. 212-5 du code du travail.
Les I ...
... 2009.

Article 17

..... Conforme

Article 17 bis (nouveau)

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

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Section 2

Prévisions de recettes et tableaux d'équilibre

Articles 18 à 22

..... Conformes

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 23

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

« Art. L. 114-6-1. - Les règles d'établissement et d'arrêté des comptes annuels ainsi que des comptes combinés sont communes à l'ensemble des régimes et organismes de sécurité sociale. Un décret en Conseil d'État définit les compétences respectives des organes de direction et de l'instance

Section 3

Dispositions relatives à la trésorerie et à la comptabilité

Article 23

I. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

délibérative compétente, et précise leur rôle, notamment au regard des missions de certification des comptes prévues aux articles L.O. 132-2-1 du code des juridictions financières et L. 114-8 du présent code. »

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

« Les commissaires aux comptes sont également tenus de communiquer leur rapport aux autorités de tutelle compétentes et à l'autorité chargée de l'exercice du contrôle économique et financier de l'État sur l'organisme en ce qui concerne les comptes annuels et les comptes combinés mentionnés au premier alinéa du présent article.

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

« Les autorités de tutelle et l'autorité chargée de l'exercice du contrôle économique et financier de l'État sur l'organisme peuvent en outre transmettre des observations écrites aux commissaires aux comptes qui sont alors tenus d'apporter des réponses en cette forme.

« Les commissaires aux comptes sont tenus de signaler dans les meilleurs délais aux autorités de tutelle et à l'autorité chargée de l'exercice du contrôle économique et financier de l'État sur l'organisme tout fait concernant l'organisme ou toute décision prise par ses organes de direction, dont ils ont eu connaissance dans l'exercice de leur mission, de nature :

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat

II. - Alinéa sans modification

« Les ...

... autorités *administratives compétentes* en ce qui concerne ...

... article.

« Les autorités *administratives compétentes* peuvent demander ...

... professionnel. Les autorités *administratives compétentes* peuvent également ...

... professionnel.

« Les autorités *administratives compétentes* peuvent en outre ...

... forme.

« Les ...

... autorités *administratives compétentes* tout fait ...

... nature :

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Article 24

..... Conforme

Texte adopté par l'Assemblée nationale

QUATRIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
POUR 2008**

Section 1
**Dispositions relatives
aux dépenses d'assurance maladie**

Article 25

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

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat

QUATRIÈME PARTIE

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
POUR 2008**

Section 1
**Dispositions relatives
aux dépenses d'assurance maladie**

Article 25

I. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 162-14-1-1.* - I. - Non modifié

« II. - Lorsque ...

... nationale *concernée*. À défaut ...

vante. »

II. - Non modifié

... sui-

Texte adopté par l'Assemblée nationale

maladie complémentaire » ;

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

III (*nouveau*). - L'article L. 162-15 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

Article 26

I. - Dans le premier alinéa de l'article L. 162-1-15 du code de la sécurité sociale, après le mot : « couverture », sont insérés les mots : « des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ainsi que ».

II. - Après le 3° du même article L. 162-1-15, sont insérés un 4° et 5° ainsi rédigés :

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

« 5° Ou d'un nombre de réalisations ou de prescriptions d'actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa significativement supérieur à la moyenne des réalisations ou des prescriptions constatée, pour une activité comparable, pour les médecins exerçant dans le ressort de la même union régionale de caisses d'assurance maladie. Un décret définit les modalités de constitution éventuelle de groupes d'actes, de produits ou de pres-

Texte adopté par le Sénat

III. - Alinéa sans modification

« L'Union ...

... mentionnés au 1° *du I* de l'article L. 162-14-1 ...

... simultanément à celle de *la convention, l'avenant, l'accord-cadre ou l'accord interprofessionnel.*

Article 26

I. - Dans ...

... mots : « *d'actes, produits ou prestations* figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17 et L. 165-1 ainsi que ».

II. - Alinéa sans modification

« 4° Non modifié

« 5° Ou d'un nombre de réalisations ou de prescriptions *d'un acte, produit ou prestation* figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa *ou d'un groupe des dits actes, produits ou prestations* significativement ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

tations pour la mise en œuvre des dispositions du présent alinéa. »

III. - Le dernier alinéa du même article L. 162-1-15 est complété par les mots : « , actes, produits ou prestations figurant sur les listes mentionnées au premier alinéa. »

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

Article 27

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

« Les frais d'un transport effectué par une entreprise de taxi ne peuvent donner lieu à remboursement que si cette entreprise a préalablement conclu une convention avec un organisme local d'assurance maladie. Cette convention, conclue pour une durée au plus égale à cinq ans, conforme à une convention type établie par décision du directeur général de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie après avis des organisations professionnelles nationales les plus représentatives du secteur, fixe les tarifs des prestations et les conditions dans lesquelles l'assuré peut être dispensé de

Texte adopté par le Sénat

... alinéa. »

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

V (nouveau). - Après l'article L. 162-1-16 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-17 ainsi rédigé :

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

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

Article 27

I. - Alinéa sans modification

« Les ...

... secteur, détermine, pour les prestations de transports par taxi, les tarifs de responsabilité qui ne peuvent ex-

Texte adopté par l'Assemblée nationale

l'avance des frais. Elle peut également prévoir la possibilité de subordonner le conventionnement à une durée d'existence préalable de l'autorisation de stationnement. »

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

Article 28

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

« Une information écrite préalable précisant le tarif des actes effectués ainsi que la nature et le montant du dépassement facturé doit être obligatoirement remise par le professionnel de santé à son patient dès lors que ses honoraires dépassent le tarif opposable. Le professionnel de santé doit en outre afficher de façon visible et lisible dans son lieu d'exercice les informations relatives à ses honoraires, y compris les dépassements qu'il facture. L'inobservation de cette obligation peut faire l'objet d'une sanction financière égale au dépassement facturé, mise en oeuvre selon la procédure mentionnée à l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale.

« Le praticien autorisé à pratiquer des dépassements communique à la caisse primaire d'assurance maladie dont il relève, par catégorie d'actes, un état semestriel des dépassements moyens et des dépassements maximums qu'il pratique. »

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

III. - Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-1-14 du même code, après les mots : « du présent code », sont insérés les mots : « et de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique » et, après les mots : « prise en charge indus », sont insérés les mots : « , ou ayant exposé les assurés à des dépassements d'honoraires excédant le tact et la mesure, ».

Texte adopté par le Sénat

céder les tarifs des courses de taxis résultant de la réglementation des prix applicable à ce secteur et fixe les conditions stationnement. »

II. - Non modifié

Article 28

I. - Alinéa sans modification

« Une ...

... dépassent un seuil fixé par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale. [] L'inobservation ...

... sociale.

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

Alinéa supprimé

II. - Non modifié

III. - **Supprimé**

Texte adopté par l'Assemblée nationale

IV (*nouveau*). - L'article L. 162-5 du même code est complété par un 21° ainsi rédigé :

« 21° Les modalités selon lesquelles les médecins spécialistes autorisés à pratiquer, par la convention, des honoraires différents des honoraires conventionnels s'engagent à pratiquer une proportion minimale d'actes sans dépassements d'honoraires. »

Texte adopté par le Sénat

IV. - *Supprimé*

Article 28 *bis*

..... Conforme

Article 29

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

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

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

Article 29

I. - Non modifié

II. - Dans ...

... mots : « , d'afficher les prix des produits au moment de la prescription et le montant total de la prescription ».

III (*nouveau*). - Après l'article L. 161-40 du même code, sont insérés deux articles L. 161-40-1 et L. 160-40-2 ainsi rédigés :

« Art. L. 161-40-1. - La Haute Autorité de santé, en liaison avec l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé et l'Union nationale des caisses de sécurité sociale, met en œuvre, avant le 1^{er} janvier 2009, une banque de données administratives et scientifiques sur les médicaments, destinée à servir de référence pour l'information des professionnels de santé et des administrations compétentes en matière de produits de santé. Elle sert de référence à la construction des logiciels d'aide à la prescription médicale visés à l'article L. 161-38. Cette banque comprend notamment des données relatives à l'autorisation de mise sur le marché, en particulier la dénomination commune internationale, les indications, les posologies et durées de traitement, les effets indésirables, le statut de délivrance du produit, ainsi que des données relatives au service médical rendu, à la situation au regard du remboursement, au prix public, au coût moyen de traitement et à l'existence de génériques.

« Un décret fixe les conditions dans lesquelles la banque de données est rendue gratuitement accessible au public.

« Art. L. 161-40-2. - La Haute Autorité de santé, en liaison avec l'Agence française de sécurité sanitaire des pro-

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 29 bis (nouveau)

Le 4^o bis de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , ainsi que les sanctions encourues en cas de non-réalisation ou de retard dans la réalisation de ces études mentionnées au présent alinéa, qui pourront aboutir à une baisse de prix du médicament concerné ».

Article 30

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

duits de santé et l'Union nationale des caisses de sécurité sociale, met en œuvre, avant le 1^{er} janvier 2009, une banque de données administratives et scientifiques sur les dispositifs médicaux visés à l'article L. 165-1, destinée à servir de référence pour l'information des professionnels de santé et des administrations compétentes en matière de produits de santé. Cette banque comprend notamment des données relatives aux caractéristiques du produit ou de la prestation, en particulier le marquage CE, la description du produit ou de la prestation, ses fonctions, ainsi que des données relatives aux conditions d'inscription du produit ou de la prestation sur la liste des produits et prestations prévue à l'article L. 165-1 avec la précision du service attendu, de l'amélioration du service attendu, du tarif de référence et des conditions de prise en charge.

« Un décret fixe les conditions dans lesquelles la banque de données est rendue gratuitement accessible au public. »

IV (nouveau). - Le quatrième alinéa (c) de l'article L. 716-10 du code de la propriété intellectuelle est complété par une phrase ainsi rédigée :

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

Article 29 bis A (nouveau)

Dans la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après le mot : « prestation, », sont insérés les mots : « y compris la valeur des lettres-clés, les tarifs des actes et prestations ou les montants unitaires de toute forme d'honoraires, rémunérations et frais accessoires ».

Article 29 bis

Le ...

... études qui pourront aboutir, après que l'entreprise a été mise en mesure de présenter ses observations, à une baisse de prix du médicament concerné, fixée exclusivement sur la base des conséquences entraînées pour l'assurance maladie par la non réalisation des études. »

Article 30

I. - Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

« Ce contrat peut comporter des engagements individualisés relatifs à la prescription, à la participation à des actions de dépistage et de prévention, à des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, à la participation à la permanence des soins, au contrôle médical, ainsi qu'à toute action d'amélioration des pratiques, de la formation et de l'information des professionnels.

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

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

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

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

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

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

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

Article 31

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

Texte adopté par le Sénat

« Art. L. 162-12-21. - Les ...

... L. 162-5 ou à l'article L. 162-32-1 pour ce qui les concerne.

« Ce contrat comporte des engagements individualisés qui peuvent porter sur la prescription, la participation à des actions de dépistage et de prévention, des actions destinées à favoriser la continuité et la coordination des soins, la participation à la permanence de soins, le contrôle médical, ainsi que toute ...

... professionnels.

« Ce ... qui sont liées ...

... financières,

... santé.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

II. - Non modifié

III. - Non modifié

Article 31

I. - Des ...

... publique et des maisons de santé, complétant ...

... dépendent.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

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

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

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

Les expérimentations sont conduites par les missions régionales de santé mentionnées à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale. À cet effet, elles passent des conventions avec les professionnels de santé et les centres de santé volontaires. Les modalités de mise en oeuvre de ces expérimentations sont définies par décret, après avis de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, des organisations syndicales représentatives des professionnels concernés et de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire.

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

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

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

II. - À titre expérimental, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, les missions régionales de santé volontaires prévues à l'article L. 162-47 du code de la sécurité sociale fixent, par dérogation à l'article L. 162-5 du même code, le montant et les modalités des rémunérations des médecins assurant la permanence des soins. Elles financent également des actions et des structures concourant à l'amélioration de la permanence des soins, en particulier les maisons médicales de garde, les centres de san-

Texte adopté par le Sénat

Alinéa sans modification

1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 162-14-1 en tant qu'ils ...

... sociaux et par l'assurance maladie ;

2° Non modifié

3° Non modifié

4° Non modifié

Les ...

... effet, les conventions qu'elles passent avec les professionnels de santé et les centres de santé volontaires sont signées par le directeur de la mission régionale de santé au nom des directeurs de l'agence régionale de l'hospitalisation et de l'Union régionale des caisses d'assurance maladie. Les modalités ...

... complémentaire.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Une ...

... maladie. Cette évaluation est transmise au Parlement.

II. - Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—
té, ainsi que, le cas échéant, des établissements de santé.

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

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

Les modalités de mise en œuvre de ces expérimentations sont déterminées par décret, après avis des organisations syndicales représentatives des médecins.

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

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

2° Après le 4°, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Les expérimentations de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé et des structures de soins, complétant ou se substituant au paiement à l'acte pour tous les professionnels de santé volontaires, ainsi que les expérimentations relatives à la rémunération de la permanence des soins, selon des modalités définies par décret. »

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

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

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

Texte adopté par le Sénat

—
À ...

... montants *des rémunérations* des médecins *assurant la permanence des soins*.

Les ...

... ville *ainsi qu'au Parlement*.

Les ...

... avis *du Conseil national de l'Ordre des médecins* et des organisations syndicales représentatives des médecins.

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

V (*nouveau*). - *Le titre II du livre III de la sixième partie du code de la santé publique est complété par un chapitre V ainsi rédigé :*

« CHAPITRE V
« **Maisons de santé**

« Art. L. 6325-1. - *Les maisons de santé assurent des*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Article 31 bis (nouveau)

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

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

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

2° Le dernier alinéa est supprimé.

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

Article 32

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

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

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

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

« 8° Les mesures d'adaptation, notamment incitatives, des dispositions de l'article L. 162-14-1 et des dispositions du présent article applicables aux infirmiers en fonction du niveau de l'offre en soins au sein de chaque région dans les zo-

Texte adopté par le Sénat

—

activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé et à des actions sociales.

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

VI (nouveau). - À titre expérimental, à compter du 1^{er} janvier 2008 et pour une période n'excédant pas cinq ans, les maisons de santé peuvent se substituer aux médecins qui exercent en leur sein pour conclure un ou des accords prévus à l'article L. 162-12-17 du code de la sécurité sociale, ainsi que des contrats définis aux articles L. 162-12-18 à L. 162-12-21 du même code. Une évaluation annuelle de cette expérimentation est réalisée par l'Union nationale des caisses d'assurance maladie.

Article 31 bis

Supprimé

Article 32

I. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

nes au sens du 2° de l'article L. 162-47. Ces modalités sont définies après concertation des organisations les plus représentatives des étudiants et jeunes infirmiers. » ;

2° *Supprimé*

3° *Supprimé*

4° a) Le 1° de l'article L. 162-47 est ainsi rédigé :

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

b) Les 2°, 3°, 4° et 5° du même article deviennent respectivement les 3°, 4°, 5° et 6° du même article, et il est rétabli un 2° ainsi rédigé :

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat

2° **Suppression maintenue**

3° **Suppression maintenue**

4° a) Alinéa sans modification

« 1° Les ...

... libéraux, *des maisons de santé* et des centres de santé ...

... familles ; » ;

b) Alinéa sans modification

« 2° Des ...

... *avis du conseil régional, des conseils généraux et des représentants* ...

... ans ; ».

II. - 1. Alinéa sans modification

« 4° Non modifié

2. Le présent II entre en vigueur à la même date que les *dispositions* conventionnelles ...

... sociale.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 32 *bis*

..... Conforme

Article 33

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

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

Article 33

I. - L'article ...

... rédigé :

« 20° Non modifié

II (nouveau). - Dans le premier alinéa de l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, après les mots : « exercice salarié », sont insérés, deux fois, les mots : « auprès d'un autre professionnel de santé libéral, ou ».

Article 33 bis (nouveau)

Le deuxième alinéa de l'article L. 631-1 du code de l'éducation est supprimé.

Article 33 ter (nouveau)

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

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

2° Il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

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

Article 34

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

1° Dans la première phrase du premier alinéa, après les mots : « professionnels de santé, », sont insérés les mots : « les fournisseurs ou les autres prestataires de services, » ;

Article 34

I. - Alinéa sans modification

1° *Le début de la première phrase du premier alinéa est ainsi rédigé : « L'inobservation des règles du présent code et de l'article L. 1111-3 du code de la santé publique*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

2° Dans la quatrième phrase du premier alinéa, après les mots : « , du professionnel de santé », sont insérés les mots : « , du fournisseur ou autre prestataire de services, » ;

3° Dans la deuxième phrase du premier alinéa et dans l'avant-dernier alinéa, après les mots : « un professionnel de santé », sont insérés les mots : « , un fournisseur ou un autre prestataire de services ».

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

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

par les professionnels de santé, les fournisseurs ou les autres prestataires de services, les établissements de santé... (le reste sans changement) » ;

1° bis (*nouveau*) *Dans la première phrase du premier alinéa, après les mots : « prise en charge indus », sont insérés les mots : « , ou ayant exposé les assurés à des dépassements d'honoraires dépassant le tact et la mesure, » ;*

2° Non modifié

3° Non modifié

II. - Non modifié

Article 35

..... Conforme

Article 35 bis (*nouveau*)

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

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

Article 35 ter (*nouveau*)

I. - Après le 3° de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La prise en charge prévue au 1° est subordonnée à la désignation par les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 d'un médecin traitant dans les conditions prévues au premier alinéa de l'article L. 162-5-3 et ne couvre pas les consultations d'autres médecins sans prescription du médecin traitant. »

Article 35 bis

Alinéa sans modification

« Lorsqu'un ...

... concerné *ou pour sa forme générique*, le pharmacien doit délivrer ledit conditionnement. »

Article 35 ter

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

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

II. - Le présent article n'est applicable qu'à compter du 1^{er} juillet 2008 aux personnes qui bénéficient déjà de la couverture complémentaire définie à l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale à la date du 1^{er} janvier 2008 ou ont déposé une demande avant cette date.

Article 36

I. - Après l'article L. 161-36-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-36-3-1 ainsi rédigé :

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

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

« Ces fonctions peuvent être mises à disposition d'autres organismes assurant des missions de partage et d'échange de données personnelles de santé. La liste de ces organismes est arrêtée par le ministre chargé de la santé.

« L'administrateur de ce portail ne peut en aucun cas accéder aux informations contenues dans le dossier médical personnel. »

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

1^o Les mots : « ainsi que du conseil supérieur des professions paramédicales » sont supprimés ;

1^{o bis} (nouveau) Les mots : « de la présente section » sont remplacés par les références : « des articles L. 161-36-1 à L. 161-36-3 » ;

Texte adopté par le Sénat

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

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

Article 36

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

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

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

I. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 161-36-3-1.* - Alinéa sans modification

« Ce ...

... maladie [] de gérer ...

... des accès aux dossiers médicaux personnels []. Il produit les *données de suivi d'activité* nécessaires à l'évaluation de ce service.

« Ces ...

... santé dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la santé.

Alinéa supprimé

II. - Alinéa sans modification

1^o Non modifié

1^{o bis} Les ...
... remplacés par les mots : « des articles L. 161-36-1 à L. 161-36-3 » ;

Texte adopté par l'Assemblée nationale

2° Sont ajoutés les mots : « ainsi que les conditions dans lesquelles certaines informations peuvent être rendues inaccessibles par le titulaire du dossier médical personnel ou son représentant légal ».

III. - Dans la première phrase de l'article L. 1111-8-1 du code de la santé publique, le mot : « personnes » est remplacé par les mots : « bénéficiaires de l'assurance maladie ».

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

Texte adopté par le Sénat

2° *Supprimé*

II bis (nouveau). - Le second alinéa de l'article L. 161-36-4 du même code est ainsi rédigé :

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

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

Articles 36 bis et 37

..... Conformes

Article 38

I. - L'article L. 165-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 165-5.* - Les fabricants ou distributeurs sont tenus, sans préjudice des dispositions de l'article L. 5211-4 du code de la santé publique, de déclarer auprès de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé l'ensemble de leurs produits ou prestations inscrits, sous quelque forme que ce soit, sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du présent code, en précisant pour chaque produit ou prestation le code qui leur est attribué lors de l'inscription sur la liste. Ils sont tenus de la même obligation pour toute modification affectant le code d'un produit ou d'une prestation antérieurement déclaré.

« Lorsque la déclaration prévue par le présent article n'a pas été effectuée dans les délais requis, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé peut fixer, après que le fabricant ou le distributeur a été mis en mesure de présenter ses observations, une pénalité annuelle à la charge du fabricant ou du distributeur. Le montant de la pénalité ne peut être supérieur à 5 % du chiffre d'affaires réalisé en France par le fabricant ou le distributeur au titre du dernier exercice clos pour le ou les produits ou prestations considérés ; elle est reconductible le cas échéant chaque année.

Article 38

I. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 165-5.* - Les ...

... l'ensemble des produits ou prestations qu'ils commercialisent et inscrivent, sous quelque forme ...

... le code correspondant à l'inscription du produit ou de la prestation sur la liste. Ils ...

... déclaré.

Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

« La pénalité mentionnée à l'alinéa précédent est recouverte par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Son produit est affecté aux régimes d'assurance maladie selon les règles prévues à l'article L. 138-8. Le recours présenté contre la décision prononçant cette pénalité est un recours en pleine juridiction.

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

II. - Le I entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2009.

Article 39

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

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

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

2^o Dans le deuxième alinéa, le mot : « satisfaisant » est remplacé par les mots : « ou d'urgence mentionné à l'article L. 5125-22 » ;

3^o Supprimé

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

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

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

1^o Dans la première phrase du premier alinéa, les mots : « et aux demandes de création » sont supprimés ;

2^o La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;

3^o (*nouveau*) Le deuxième alinéa est supprimé.

IV. - Dans le dernier alinéa de l'article L. 5125-6 du même code, les mots : « le représentant de l'État » sont rem-

Texte adopté par le Sénat

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

II. - Non modifié

Article 39

I. - Non modifié

II. - Non modifié

III. - Alinéa sans modification

1^o Non modifié

2^o Non modifié

3^o Supprimé

IV. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

placés par les mots : « sa décision ».

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

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

2° Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :

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

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

VI *bis* (nouveau). - Dans l'article L. 5521-2 du même code, la référence : « L. 5125-8, » est supprimée.

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

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

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

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

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

« Dans les communes qui sont dépourvues d'officine ou dans les zones mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5125-14, l'ouverture d'une officine peut être autorisée par voie de création si les conditions prévues au premier, deuxième ou troisième alinéa sont remplies depuis au moins deux ans à compter de la publication d'un recensement mentionné à l'article L. 5125-10 et si aucune décision autorisant cette ouverture par voie de transfert ou regroupement n'a été prise dans ce délai. »

VIII *bis* (nouveau). - L'article L. 5125-12 du même code est abrogé.

V. - Non modifié

VI. - Non modifié

VI *bis*. - Non modifié

VII. - Non modifié

VIII. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 5125-11.* - Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

« Dans les communes qui sont dépourvues d'officine ou dans les zones franches urbaines, les zones urbaines sensibles et les zones de redynamisation urbaine mentionnées dans la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville ainsi que dans les zones de revitalisation rurales définies par l'article 1465 A du code général des impôts, l'ouverture ...

... délai. »

VIII *bis*. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

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

2° Les deuxième à septième alinéas sont remplacés par six alinéas ainsi rédigés :

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

« 1° Que la commune d'origine comporte :

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

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

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

« 3° Et que le transfert n'ait pas pour effet de compromettre l'approvisionnement nécessaire en médicaments de la population résidente de la commune ou du quartier d'origine. » ;

3° (*nouveau*) Dans le dernier alinéa, après les mots : « pour la ville », sont insérés les mots : « ou dans une zone de revitalisation rurale définie par l'article 1465 A du code général des impôts ».

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

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

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

3° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

« À la suite d'un regroupement dans la même commune ou dans des communes limitrophes, les licences libérées doivent être prises en compte au sein de la commune où s'effectue le regroupement pour appliquer les conditions prévues aux deux premiers alinéas de l'article L. 5125-11. Le

Texte adopté par le Sénat

IX. - Non modifié

X. - Alinéa sans modification

1° *À la fin du* premier alinéa, les mots : « [], ou, pour la région ...

... département » ;

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

Alinéa sans modification

« 1° Non modifié

« 2° Non modifié

« 3° *Supprimé*

3° *Supprimé*

XI. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Non modifié

3° Alinéa sans modification

« À ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

représentant de l'État dans le département peut, après avis des syndicats représentatifs de la profession et du conseil compétent de l'ordre des pharmaciens, mettre fin à cette prise en compte à l'issue d'un délai de cinq ans à compter de la délivrance de l'autorisation de regroupement si les conditions prévues par le premier alinéa de l'article L. 5125-3 ne sont plus remplies. »

XI bis (nouveau). - La dernière phrase du dernier alinéa de l'article L. 5511-5 du même code est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :

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

XII. - Le présent article s'applique aux demandes de création, de transfert ou de regroupement reçues par le représentant de l'État dans le département après le 1^{er} janvier 2008.

Par dérogation au dernier alinéa de l'article L. 5125-11 du code de la santé publique, dans sa rédaction issue du présent article, jusqu'au 1^{er} janvier 2010, aucune ouverture d'officine par voie de création ne peut être autorisée dans les communes dépourvues d'officine ou dans les zones mentionnées au dernier alinéa de l'article L. 5125-14 du même code, dans sa rédaction issue du présent article.

Texte adopté par le Sénat

... délai de dix ans ...

... remplies. »

XI bis. - Non modifié

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

Par ...

... 2010, à l'exclusion de celles prévues au premier alinéa du présent XII, aucune ...

... zones franches urbaines, les zones urbaines sensibles et les zones de redynamisation urbaine mentionnées dans la loi n° 96-987 du 14 novembre 1996 relative à la mise en œuvre du pacte de relance pour la ville ainsi que dans les zones de revitalisation rurales définies par l'article 1465 A du code général des impôts.

Articles 40 et 41

..... Conformes

Article 42

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

1° La première phrase du I est ainsi rédigée :

« Jusqu'au 31 décembre 2008, par dérogation aux dispositions de l'article L. 174-2-1 du code de la sécurité sociale, les prestations d'hospitalisation, les actes et consulta-

Article 42

I. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

tions externes ainsi que les spécialités pharmaceutiques et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 du même code ne sont pas facturés à la caisse désignée à l'article L. 174-2 du même code. » ;

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

3° Le V est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

« La valeur du coefficient de transition de chaque établissement est fixée par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et prend effet à la date d'entrée en vigueur

Texte adopté par le Sénat

2° Non modifié

3° Le V est ainsi rédigé :

« V. - Alinéa sans modification

« A. - Les ...

... L. 162-22-10 *précité*, déduction ...

... transition *précité*.

« B. - Non modifié

« C. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

des tarifs de prestation mentionnés à l'article L. 162-22-10 du code de la sécurité sociale. Le coefficient doit atteindre la valeur un au plus tard en 2012.

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

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

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

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

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

4° Le VI est ainsi modifié :

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

b) Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

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

« D. - Non modifié

« E. - Non modifié

« F. - Non modifié

« G. - Les ...
... l'activité *pour le service de santé* ...

... 2007.

« H. - Non modifié

4° Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

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

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

5° Non modifié

6° (*nouveau*) Le VII est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

6° Non modifié

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

II. - Non modifié

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

III. - Non modifié

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

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

IV. - Dans ...

... application des articles L. 4151-9, L. 4244-1 et L. 4383-5 du même code ».

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

V. - Non modifié

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

VI. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

Texte adopté par le Sénat

VII. - Non modifié

VIII. - Non modifié

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

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

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

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

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

« II. - Si la dégradation financière répond à des critères définis par décret, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation saisit la chambre régionale des comptes. Dans le délai de deux mois suivant sa saisine, celle-ci évalue la situation financière de l'établissement et propose, le cas échéant, des mesures de redressement. Le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation met en demeure l'établissement de prendre les mesures de redressement appro-

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

priées. »

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

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

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

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

2° Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

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

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

Article 42 bis A (nouveau)

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

« 4° De représentants de l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. »

Article 42 bis

..... Conforme

Article 43

De nouveaux modes de prise en charge et de financement par l'assurance maladie des frais de transports de patients prescrits par les praticiens exerçant dans les établissements publics de santé et les établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale peuvent être expérimentés, à compter du 1^{er} janvier 2008, et pour une période n'excédant pas cinq ans. Les frais de transports entrant dans le champ de cette expéri-

Article 43

Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

mentation sont mis à la charge des établissements expérimentateurs. La part de ces frais prise en charge par l'assurance maladie est financée par dotation annuelle. Par dérogation au deuxième alinéa de l'article L. 322-5-1 du même code, la participation de l'assuré aux frais de transports, calculée sur la base des tarifs mentionnés aux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2 du même code, est versée aux établissements de santé concernés.

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

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

Article 43 bis (nouveau)

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

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

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

Texte adopté par le Sénat

Alinéa sans modification

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

Alinéa sans modification

Article 43 bis

I. - Non modifié

II. - Non modifié

III (nouveau). - *Dans l'intitulé de la section 11 du chapitre IV du titre VII du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale, les mots : « mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux d et e de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale ».*

Article 44

..... Conforme

Article 44 bis A (nouveau)

*Le troisième alinéa de l'article L. 6113-10 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :
« L'État et la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés sont représentés au conseil d'admi-*

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 44 bis (nouveau)

L'article L. 6146-10 du code de la santé publique est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « autres que les centres hospitaliers régionaux » sont supprimés ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Pour chaque discipline ou spécialité, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation détermine la proportion maximale des actes et séjours que l'établissement peut réaliser dans le cadre de cette structure. »

Article 45

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

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

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

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

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

« Ces crédits peuvent être utilisés au financement d'opérations d'investissement immobilier portant notamment sur la création de places, pour la mise aux normes techniques et de sécurité, la modernisation des locaux des établissements et des services mentionnés à l'article L. 314-3-1, ainsi que des établissements mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique.

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

« Ils peuvent également être utilisés au financement d'actions ponctuelles de formation et de qualification des personnels soignants des établissements et services médico-sociaux mentionnés à l'article L. 314-3-1, à l'exception des établissements sociaux et médico-sociaux accueillant des per-

Texte adopté par le Sénat

nistration et à l'assemblée générale du groupement dans des conditions déterminées par sa convention constitutive. »

Article 44 bis

Supprimé

Article 45

I. - Alinéa sans modification

1° Non modifié

2° Alinéa sans modification

« Art. L. 14-10-9. - Alinéa sans modification

« Ces ...

... portant sur la création de places, la mise aux normes techniques et de sécurité et la modernisation ...

... publique.

Alinéa sans modification

« Ils ...

Texte adopté par l'Assemblée nationale

sonnes âgées qui, d'une part, n'ont pas conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12 et, d'autre part, ceux visés aux premier et deuxième alinéas du I *bis* de l'article L. 313-12.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

III *bis* (nouveau). - Après les mots : « troisième alinéa, », la fin du quatrième alinéa du I *bis* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigée : « le cas échéant, leur forfait de soins est régi par le 2° du I. »

Texte adopté par le Sénat

... âgées qui n'ont pas conclu la convention prévue au I de l'article L. 313-12 *ou ont opté pour la dérogation à l'obligation de passer cette convention en application des dispositions du premier alinéa du I bis de cet article.*

Alinéa sans modification

II. - Non modifié

III. - Non modifié

III *bis*. - Après ...

... échéant, *les modalités de prise en compte et de maintien des financements de l'assurance maladie sont fixées par décret.* »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

IV *bis* (nouveau). - 1. Après les mots : « du présent code », la fin de la première phrase du premier alinéa de l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « au 1° du I et au premier alinéa du I *ter* de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière. »

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat

IV. - Non modifié

IV *bis*. - 1. Après les mots : « du présent code », la fin ...
... rédigée :
« et au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. »

2. Non modifié

V. - Alinéa sans modification

« I *ter*. - Alinéa sans modification

« Les ...

... mentionné au I conservent, au-delà du 31 décembre 2007, dans la limite du financement des dépenses relatives à la rémunération des personnels de soins salariés par les établissements et aux charges sociales et fiscales y afférentes, le montant des forfaits de soins attribués par l'autorité compétente de l'État au titre de l'exercice 2007. Ces forfaits sont revalorisés annuellement dans la limite du taux de reconduction des moyens retenu au titre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie applicable aux établissements mentionnés au 3° de l'article L. 314-3-1 du code de l'action sociale et des familles. Les résidents ...
... L. 232-7. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

1° Le premier alinéa est ainsi rédigé :

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

2° (*nouveau*) Dans la deuxième phrase du deuxième alinéa, après le mot : « régions », sont insérés les mots : « et l'objectif de réduction des inégalités dans l'allocation de ressources entre établissements et services relevant de mêmes catégories » ;

3° (*nouveau*) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

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

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

Texte adopté par le Sénat

VI. - Non modifié

VII. - Non modifié

Article 45 bis (nouveau)

I. - Dans la deuxième phrase du dernier alinéa de l'article L. 129-1 du code du travail, après les mots : « organismes publics ou privés gestionnaires d'un établissement ou d'un service autorisé au titre du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles », sont ajoutés les mots : « et les groupements de coopération mentionnés au 3° de l'article L. 312-7 du même code ».

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

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

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

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 46

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

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

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

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

Texte adopté par le Sénat

Article 46

I. - Non modifié

II. - Dans ...

... familiale ou un centre de santé ».

III. - Non modifié

Article 47

..... Conforme

Article 47 bis (nouveau)

*Le deuxième alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique est complété par une phrase ainsi rédigée :
« Sauf pour les campagnes vaccinales institutionnelles, les campagnes publicitaires auprès du public pour des vaccins obligatoires ou recommandés, sous la forme de messages télévisuels ou radiodiffusés, ne sont autorisées que si elles sont assorties, de façon clairement identifiée, des mentions minimales obligatoires que le Haut Conseil de la santé publique détermine en prenant en compte les caractéristiques de tels messages publicitaires audiovisuels. »*

Articles 48 à 52 bis

..... Conformes

Article 52 ter (nouveau)

Au début du 7° de l'article L. 6143-6 du code de la santé publique, les mots : « S'il exerce une autorité sur l'établissement en matière de tarification ou » sont supprimés.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Texte adopté par le Sénat

Section 2

Dispositions relatives aux dépenses d'assurance vieillesse

Article 53 A (nouveau)

Après le deuxième alinéa de l'article L. 222-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La caisse se prononce, par l'intermédiaire de son conseil d'administration, sur les conventions d'adossement élaborées en application des articles L. 222-6 et L. 222-7. Elle en apprécie les modalités dans le respect du principe de stricte neutralité de l'opération pour les assurés sociaux du régime général. »

Article 53 B (nouveau)

Après l'article L. 222-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 222-8 ainsi rédigé :

« Art. L. 222-8. - La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés peut demander que soit intégrée, dans les opérations d'adossement de régimes spéciaux mentionnées aux articles L. 222-6 et L. 222-7, une clause de révision similaire à celle obtenue par les fédérations d'institutions de retraite complémentaire. Cette clause de révision, dont les modalités détaillées figurent dans la convention d'adossement signée entre les parties, intervient dans un délai de cinq à dix ans et porte sur un montant financier plafonné. »

Article 53 C (nouveau)

Le troisième alinéa de l'article L. 161-17 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cette estimation fait également apparaître les droits qui peuvent être acquis dans le cadre d'une retraite progressive, dans des conditions fixées par décret. »

Article 53 D (nouveau)

Le livre II de la cinquième partie du code du travail dans sa rédaction issue de l'ordonnance n° 2007-329 du 12 mars 2007 est complété par un titre III ainsi rédigé :

**« TITRE III
« TRAVAILLEURS ÂGÉS DE CINQUANTE-CINQ
ANS ET PLUS**

« Art. L. 5230-1. - Tout employeur emploie, dans la proportion de 8 % de l'effectif total de ses salariés, des personnes âgées de cinquante-cinq ans et plus.

« Dans les entreprises à établissements multiples, l'obligation d'emploi s'applique établissement par établissement. Les entreprises de travail temporaire ne sont assujet-

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

ties à l'obligation d'emploi que pour leurs salariés permanents.

« Toute entreprise qui occupe deux cent cinquante salariés et plus au moment de sa création ou en raison de l'accroissement de son effectif dispose, pour se mettre en conformité avec l'obligation d'emploi, d'un délai déterminé par décret qui ne peut excéder trois ans.

« L'employeur fournit à l'autorité administrative une déclaration annuelle relative aux emplois occupés par les bénéficiaires de l'obligation instituée au premier alinéa. Lorsqu'il ne remplit pas cette obligation, l'employeur verse une contribution annuelle au profit de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés pour chacun des bénéficiaires qu'il aurait dû employer. Le montant de cette contribution est fixé à six cents fois le salaire horaire minimum de croissance par bénéficiaire non employé. »

Article 53 E (nouveau)

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

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

Article 53

..... Conforme

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

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

Articles 54 et 55

..... Conformes

Article 55 bis (nouveau)

Le second alinéa de l'article L. 751-32 du code rural est supprimé.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Articles 56, 56 bis, 57 et 58

..... Conformes

Section 4

Section 4

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Dispositions relatives aux dépenses de la branche Famille

Article 59

..... Conforme

Article 60

Article 60

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

I. - Alinéa sans modification

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

1° Non modifié

1° bis (nouveau) Après le premier alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

2° Le III est ainsi rédigé :

2° Non modifié

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

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

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

II. - Dans le premier alinéa de l'article L. 541-4 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 541-1 », sont insérés les mots : « ou de cette allocation et de la presta-

II. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

tion mentionnée à l'article L. 245-1 du code de l'action sociale et des familles ».

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

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

IV. - Le présent article entre en vigueur le 1^{er} avril 2008.

Texte adopté par le Sénat

III. - Non modifié

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

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

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

IV. - Non modifié

Articles 61 et 61 bis

..... Conformes

Article 61 ter (nouveau)

I. - L'article L. 212-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les caisses d'allocations familiales assurent l'information sur les différentes possibilités de garde d'enfants et les prestations associées. »

II. - A titre expérimental, les caisses d'allocations familiales peuvent centraliser les informations sur les disponibilités de garde d'enfants et, le cas échéant, procéder à l'inscription des enfants.

Au titre de cette expérimentation, les personnes assumant la charge d'un enfant reçoivent une information sur l'ensemble des disponibilités de garde assurée par les assistants maternels mentionnés à l'article L. 421-1 du code de

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

l'action sociale et des familles, les personnes mentionnées à l'article L. 772-1 du code du travail, les organismes mentionnés à l'article L. 531-6 du code de la sécurité sociale et les structures visées à l'article L. 2324-1 du code de la santé publique.

Elles reçoivent également, à leur demande, une simulation de calcul sur les coûts respectifs de ces différents modes de garde, compte tenu de leur situation.

Une convention de mise en œuvre de l'expérimentation est signée entre le représentant de l'État dans le département, les représentants des collectivités territoriales concernées et le directeur de l'organisme mentionné à l'article L. 212-2 du code de la sécurité sociale.

La convention détermine le territoire de l'expérimentation et précise la nature, la périodicité et les modalités de communication des informations entre, d'une part, les personnes mentionnées au deuxième alinéa et, d'autre part, la caisse d'allocations familiales.

Cette expérimentation fait l'objet d'une évaluation.

Article 62

..... Conforme

Section 4 bis

Dispositions relatives à l'information et au contrôle du Parlement

[Division et intitulé nouveaux]

Article 62 bis (nouveau)

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

Section 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 63

I. - Après le septième alinéa de l'article L. 224-5-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :
« Il donne son avis sur les orientations de la convention d'objectifs et de gestion mentionnée à l'article L. 224-5-5. »

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 63

I. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

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

III. - Après l'article L. 224-5-4 du même code, il est inséré deux articles L. 224-5-5 et L. 224-5-6 ainsi rédigés :

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

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

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

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

« Art. L. 224-5-6. - Les caisses nationales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale concluent avec l'Union des caisses nationales de sécurité sociale une convention précisant leurs objectifs et leurs engagements réciproques pour la réalisation des missions de l'union. Cette convention est signée par le directeur général ou le directeur de chaque caisse nationale et de l'agence centrale et, pour l'union, par le président du comité exécutif et le directeur. Elle est transmise au ministre chargé de la sécurité sociale. »

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

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

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

Texte adopté par le Sénat

II. - Non modifié

III. - Après ...
insérés deux ...

« Art. L. 224-5-5. - Non modifié

... code, sont
... rédigés :

« Art. L. 224-5-6. - Les caisses nationales *du régime général* et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale concluent *chacune* avec l'Union ...

... so-
ciale. »

IV. - Non modifié

V. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

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

Article 64

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

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

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

« *Art. L. 224-12.* - Les caisses nationales, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et l'Union des caisses nationales de sécurité sociale peuvent passer, pour leur propre compte et celui des organismes locaux, des marchés ou des accords-cadres. Dans le cadre de la procédure d'accord-cadre, lorsque celui-ci est attribué à plusieurs opérateurs économiques, les organismes locaux passent les marchés subséquents dans les conditions fixées par l'arrêté pris en application de l'article L. 124-4. Lorsque l'accord-cadre est attribué à un seul opérateur économique, les organismes locaux sont alors dispensés du respect de ces obligations. »

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

« c) En assurant la fonction de centrale d'achat au sens du code des marchés publics, pour le compte des organismes de mutualité sociale agricole mentionnés à l'article L. 723-1 et en passant, pour son propre compte et celui desdits organismes, des marchés ou des accords-cadres. Dans le cadre de la procédure d'accord-cadre, lorsque celui-ci est attribué à plusieurs opérateurs économiques, les organismes locaux passent les marchés subséquents dans les conditions fixées par l'arrêté pris en application de l'article L. 124-4 du code de la sécurité sociale. Lorsque l'accord-cadre est attribué à un seul opérateur économique, les organismes locaux sont alors dispensés du respect de ces obligations. »

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

« Les groupements d'intérêt public et les groupements d'intérêt économique financés majoritairement par un ou plusieurs organismes mentionnés au premier alinéa, ou par un ou plusieurs organismes nationaux cités à l'article L. 200-2, respectent dans les mêmes conditions les garanties prévues en

Texte adopté par le Sénat

Article 64

I. - Non modifié

II. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 224-12.* - Les ...

... accords-cadres. *Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par les caisses nationales, l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale ou par les organismes locaux.* »

III. - Alinéa sans modification

« c) En ...

... accords-cadres. *Les marchés subséquents aux accords-cadres sont passés par la caisse centrale ou les organismes de mutualité sociale agricole.* »

IV. - Alinéa sans modification

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

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

matière de marchés de l'État. »

L. 200-2. »

IV *bis* (nouveau). - L'article L. 153-3 du même code est ainsi modifié :

IV *bis*. - Non modifié

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

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

V. - Dans ...

V. - Dans le 4° du I de l'article L. 227-1 du même code, les mots : « des budgets de gestion administrative et, s'il y a lieu, des budgets de contrôle médical, » sont remplacés par les mots : « des budgets de gestion, en faisant apparaître clairement les moyens consacrés, le cas échéant, au contrôle médical, et, s'il y a lieu, ».

... budgets de gestion [] et, s'il y a lieu, ».

Article 65

..... Conforme

Section 6
**Dispositions relatives au contrôle
et à la lutte contre la fraude**

Section 6
**Dispositions relatives au contrôle
et à la lutte contre la fraude**

Articles 66 et 66 *bis*

..... Conformes

Article 66 *ter* (nouveau)

Article 66 *ter*

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

Alinéa sans modification

« Les organismes nationaux visés au troisième alinéa sont avisés sans délai par l'organisme de sécurité sociale de la fraude constatée et des suites qu'il entend lui donner. À défaut de plainte avec constitution de partie civile de l'organisme lésé, les organismes nationaux peuvent agir, en son nom et pour son compte, à l'expiration d'un délai d'un mois après une mise en demeure de ce dernier restée infructueuse. Les organismes nationaux peuvent aussi déposer plainte avec constitution de partie civile au nom et pour le compte d'un ou plusieurs organismes de sécurité sociale qui les mandatent à cette fin. »

« Les organismes nationaux sont avisés par l'organisme de sécurité sociale de *cette fraude et de la suite donnée*. À défaut de ...

... fin. »

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

Article 67

Conforme

Article 67 bis A (nouveau)

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

1° Le troisième alinéa (2°) est complété par les mots : « et ce, que le paiement ait été effectué à l'assuré, à un autre professionnel de santé ou à un établissement. » ;

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

Article 67 bis B (nouveau)

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

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

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

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

Article 67 bis

Conforme

Article 67 ter (nouveau)

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

Article 67 ter

I. - Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

suppression. Le directeur de l'organisme de sécurité sociale concerné prend notamment en compte le montant de la fraude, sa durée, la récidive éventuelle et la composition du foyer.

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

Le présent I s'applique jusqu'au 31 décembre 2009.

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

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

Article 67 quater (nouveau)

Toute personne faisant une demande d'aide au logement devra fournir une copie du bail.

Article 67 quinquies (nouveau)

I. - Les articles L. 542-6 et L. 831-7 du code de la sécurité sociale sont complétés par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le demandeur de l'allocation de logement est étudiant, les organismes débiteurs des prestations familiales peuvent, en cas de doute sérieux sur la déclaration de ce dernier, subordonner le versement de l'allocation à une justification de son inscription dans un établissement ou organisme d'enseignement. »

II. - L'article L. 351-12 du code de la construction et de l'habitation est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le demandeur de l'aide personnalisée au logement est étudiant, les organismes débiteurs des prestations familiales peuvent, en cas de doute sérieux sur la déclaration de ce dernier, subordonner le versement de l'allocation à une justification de son inscription dans un établissement ou organisme d'enseignement. »

Texte adopté par le Sénat

Alinéa sans modification

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

II. - Non modifié

Article 67 quater

Supprimé

Article 67 quinquies

Supprimé

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Article 68

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

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

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

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

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

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

« Sur la base des informations contenues dans les procès-verbaux de travail dissimulé qui leur sont transmis, les organismes de recouvrement mentionnés à l'article L. 723-3

Texte adopté par le Sénat

Article 67 sexies (nouveau)

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

Article 68

I. - Non modifié

II. - Alinéa sans modification

« *Art. L. 741-10-2.* - Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Texte adopté par l'Assemblée nationale

du présent code procèdent au recouvrement des cotisations et contributions qui leur sont dues au titre des rémunérations évaluées conformément à l'alinéa précédent. »

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

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

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

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

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

VI (*nouveau*). - L'article L. 133-4-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

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

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

« Lorsque les rémunérations dissimulées au cours du mois sont inférieures à la rémunération mensuelle minimale mentionnée au deuxième alinéa, l'annulation est réduite à due

Texte adopté par le Sénat

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

III. - Non modifié

IV. - Non modifié

V. - Non modifié

VI. - Non modifié

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Texte adopté par le Sénat

proportion en appliquant aux réductions ou exonérations de cotisations ou contributions pratiquées un coefficient égal au rapport entre les rémunérations dues ou versées en contrepartie du travail dissimulé et la rémunération mensuelle minimale.

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

Articles 68 *bis*, 68 *ter*, 69 et 70

..... Conformes

Article 71

Article 71

I. - L'article L. 433-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le droit à l'indemnité journalière est subordonné au respect des dispositions de l'article L. 323-6. »

I. - Alinéa sans modification

« Le droit à l'indemnité journalière est *ouvert dans les conditions définies* à l'article L. 323-6. »

II. - L'article L. 442-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 442-5.* - Les articles L. 315-1 et L. 315-2 sont applicables aux accidents du travail. »

II. - Non modifié

Section 7

Section 7

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Dispositions relatives aux organismes concourant au financement des régimes obligatoires

Article 72

..... Conforme

Article 73 (*nouveau*)

Article 73

En annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement communique au Parlement le montant des pertes de recettes pour les organismes de sécurité sociale dû au différentiel de cotisations sociales de l'État et des employeurs publics par rapport au taux de cotisation des employeurs du secteur privé.

Supprimé

ANNEXE A

Rapport décrivant les mesures prévues pour la couverture des déficits constatés sur l'exercice 2006

..... Conforme

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Texte adopté par le Sénat

—

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

..... Conforme

ANNEXE C

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

..... Conforme