

N° 67

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2000-2001

Annexe au procès-verbal de la séance du 8 novembre 2000

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

Par M. Charles DESCOURS,

Sénateur.

Tome IV : Examen des articles

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean Delaneau, *président* ; Jacques Bimbenet, Louis Boyer, Mme Marie-Madeleine Dieulangard, MM. Guy Fischer, Jean-Louis Lorrain, Louis Souvet, *vice-présidents* ; Mme Annick Bocandé, MM. Charles Descours, Alain Gournac, Roland Hugué, *secrétaires* ; Henri d'Attilio, François Autain, Jean-Yves Autexier, Paul Blanc, Claire-Lise Campion, Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Gilbert Chabroux, Jean Chérioux, Philippe Darniche, Claude Domeizel, Jacques Dominati, Michel Esneu, Alfred Foy, Serge Franchis, Francis Giraud, Alain Hethener, Claude Huriet, André Jourdain, Roger Lagorsse, Dominique Larifla, Henri Le Breton, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Jacques Machet, Max Marest, Georges Mouly, Roland Muzeau, Lucien Neuwirth, Philippe Nogrix, Mme Nelly Olin, MM. Lylian Payet, André Pourmy, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Bernard Seillier, Martial Taugourdeau, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vezinhet, Guy Vissac.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (11^{ème} législ.) : 2606, 2631, 2633 et T.A. 567

Sénat : 64 (2000-2001).

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

Pages

EXAMEN DES ARTICLES.....	6
---------------------------------	----------

TITRE PREMIER - ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE.....	6
---	----------

• <i>Article premier</i> Approbation d'un rapport annexé.....	6
--	----------

TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES ET AUX TRANSFERTS	18
---	-----------

• <i>Art. 2 A (nouveau) (art. L. 136-2 du code de la sécurité sociale)</i> Consolidation d'une assiette forfaitaire pour le calcul de la CSG et de la CRDS	18
---	-----------

• <i>Art. 2</i> Réduction de la CSG et de la CRDS sur les revenus d'activité	20
---	-----------

• <i>Art. 3 (art. 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)</i> Conditions d'exonération de la CRDS sur les revenus de remplacement.....	25
---	-----------

• <i>Article additionnel après l'article 3</i> Compensation à la CADES des mesures d'exonération de la CRDS	28
--	-----------

• <i>Art. 3 bis (nouveau) (art. 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et art. L. 136-2 du code de la sécurité sociale)</i> Exonération de CSG et de CRDS de l'indemnité de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante.....	30
--	-----------

• <i>Art. 3 ter (nouveau) (art. L. 136-6, L. 133-1 et L. 135-3 du code de la sécurité sociale, art. 1647 du code général des impôts et art. 8 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)</i> Frais d'assiette de la CSG et de la CRDS.....	31
---	-----------

• <i>Art. 4 (art. L. 131-7-2 nouveau, L. 135-3, L. 241-1 et L. 241-6 du code de la sécurité sociale)</i> Compensation de la réduction de la CSG	35
--	-----------

• <i>Art. 4 bis (art. L. 213-1 du code de la sécurité sociale)</i> Compétence territoriale de l'URSSAF pour les contrôles de l'application de la législation de sécurité sociale	38
---	-----------

• <i>Art. 5 (art. L. 731-15, L. 731-19 et L. 731-21 du code rural)</i> Simplification du calcul de l'assiette des cotisations sociales des exploitants agricoles.....	40
--	-----------

• <i>Art. 5 bis (nouveau) (art. L. 713-13 du code rural)</i> Extension de la durée d'exonération de cotisations sociales applicable aux jeunes agriculteurs	44
--	-----------

• <i>Art. 6 (art. L. 136-4 et L. 136-5 du code de la sécurité sociale)</i> Simplification du calcul de l'assiette de la CSG sur les revenus professionnels des exploitants agricoles.....	46
--	-----------

• <i>Article additionnel avant l'article 7</i> Affectation de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S).....	49
--	-----------

• <i>Art. 7 (art. L. 651-6 et L. 651-7 du code de la sécurité sociale)</i> Recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et application dérogatoire d'une comptabilité de caisse pour sa répartition.....	52
---	-----------

• <i>Art. 8 (art. L. 241-13 du code de la sécurité sociale)</i> Application de la réduction dégressive de cotisations sociales patronales sur les bas salaires aux indemnités de congés payés versées par des caisses de compensation.....	54
---	-----------

• <i>Art. 9 (art. 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998, art. 19 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000)</i> Horaires d'équivalence, durées maximales de travail spécifiques et allègements de cotisations patronales de sécurité sociale	56
---	-----------

• <i>Art. 10 (art. L. 131-9 du code de la sécurité sociale)</i> Dépenses du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC).....	60
---	-----------

• <i>Art. 11 (art. L. 131-10 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale, art. 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)</i> Affectation de diverses taxes à des organismes de sécurité sociale	62
---	-----------

• <i>Art. 12 (art. L. 135-3 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale, art. 154 quinquiés du code général des impôts)</i> Modification des règles d'affectation de la CSG.....	64
--	-----------

• <i>Art. 13</i> Prévisions de recettes par catégorie	66
--	-----------

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE.....79

Section 1 - Branche famille79

- **Art. 14 (art. L. 841-1 du code de la sécurité sociale) Renforcement de l'aide pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA).....79**
- **Art. 15 Création de l'allocation et du congé de présence parentale81**
- **Art. 16 (art. L. 135-3 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale) Prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfant85**
- **Art. 17 (art. L. 532-4-1 nouveau du code de la sécurité sociale) Cumul de l'allocation parentale d'éducation (APE) avec la reprise d'une activité professionnelle86**
- **Art. 18 Fonds d'investissement pour les crèches88**

Section 2 - Branche vieillesse92

- **Art. 19 A (nouveau) Abrogation de la loi du 25 mars 1997 créant les plans d'épargne retraite92**
- **Art. 19 (art. L. 351-11 du code de la sécurité sociale) Revalorisation des retraites du régime général et des avantages alignés sur l'évolution prévisionnelle des prix97**
- **Art. 19 bis (nouveau) (art. L. 356-1 du code de la sécurité sociale) Extension de l'assurance veuvage aux veufs et veuves sans enfant99**
- **Art. 20 (art. L. 161-17-1 nouveau du code de la sécurité sociale) Répertoire national des retraites et des pensions100**
- **Art. 21 Cumul emploi-retraite.....102**
- **Art. 22 (art. L. 135-3 du code de la sécurité sociale) Prise en charge par le fonds de solidarité vieillesse des cotisations versées à l'ARRCO/AGIRC au titre des périodes de chômage et de préretraite indemnisées par l'Etat103**
- **Art. 23 (art. L. 135-2 du code de la sécurité sociale) Prise en charge par le fonds de solidarité vieillesse des dispenses d'activité avec suspension du contrat de travail106**
- **Art. 24 (art. L. 135-3, L. 241-2 et L. 245-16 du code de la sécurité sociale) Affectation du prélèvement de 2 % sur le capital FSV et au fonds de réserve des retraites.....107**
- **Art. 25 (art. L. 135-6 du code de la sécurité sociale) Alimentation du fonds de réserve pour les retraites109**
- **Art. 26 (art. L. 12 et L. 41 du code des pensions de retraite des marins français de commerce, de pêche ou de plaisance) Régime spécial de sécurité sociale des marins.....111**
- **Art. 27 (art. L. 726-3 du code rural) Fonds additionnel d'action sociale113**

Section 3 - Branche maladie115

- **Art. 28 (art. L. 615-12 et L. 615-14 du code de la sécurité sociale) Alignement des prestations en nature de la CANAM sur celles du régime général115**
- **Art. 29 (art. L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale) Réseaux et filières expérimentaux de soins118**
- **Art. 30 (art. 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999) Dotation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville123**
- **Art. 31 (supprimé) (art. L. 133-5, L. 142-3, L. 145-1, L. 145-1-1 nouveau, L. 145-1-2, L. 145-6 et L. 145-7, L. 145-7-1 nouveau, L. 145-10 nouveau, L. 145-11 nouveau, L. 162-5-2, L. 162-5-7, L. 162-12-16, L. 162-34-7 nouveau, L. 315-3 du code de la sécurité sociale) Règlement des litiges avec les professionnels de santé126**
- **Article additionnel après l'article 31 (art. L. 162-15-3 du code de la sécurité sociale) Suppression des lettres-clés flottantes et institution d'un mécanisme de maîtrise médicalisée des dépenses130**
- **Art. 31 bis (nouveau) (art. L. 162-15-3 du code de la sécurité sociale) Troisième rapport d'équilibre sur l'objectif de dépenses déléguées.....132**
- **Art. 32 Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.....133**

•Art. 33 (art. 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998) Création d'un fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé	135
•Art. 34 (art. L. 162-22-3, L. 162-22-4, L. 162-22-5, L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale, L. 6114-3 du code de la santé publique) Tarification des cliniques pour l'activité d'urgence	138
•Art. 35 Dotation du fonds pour la modernisation des cliniques privées	140
•Art. 36 (art. L. 174-1-1, L. 174-15 et L. 713-20 du code de la sécurité sociale) Financement du service de santé des armées	142
•Art. 36 bis (nouveau) (art. L. 6211-5 du code de la santé publique) Transmission pour analyse des prélèvements effectués par les professionnels de santé	145
•Art. 37 Appartements de coordination thérapeutique et consultations en alcoologie	146
•Art. 38 (art. L. 5122-6 du code de la santé publique) Publicité pour les médicaments en voie de déremboursement	151
•Art. 39 (art. L. 4001-1 et L. 4002-2 du code de la santé publique) Création d'un fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique	152
•Art. 40 (art. L. 138-1, L. 138-10, L. 245-2, L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale et art. L. 5121-17 du code de la santé publique) Incitation au développement des médicaments orphelins	154
•Art. 41 (art. L. 138-10 du code de la sécurité sociale) Clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques	156
•Art. 41 bis (nouveau) (art. L. 138-2 du code de la sécurité sociale) Augmentation de la contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques	160
•Art. 41 ter (nouveau) (art. L. 165-5, L. 165-6, L. 165-5-1 et L. 162-17-5 nouveaux du code de la sécurité sociale) Conventions entre l'assurance maladie et les fournisseurs ou distributeurs de dispositifs médicaux	162
•Art. 41 quater (nouveau) (art. 5-1 de la loi du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales) Report de la date-limite de signature des conventions relatives à la tarification des établissements pour personnes âgées	164
Section 4 - Branche accidents du travail	168
•Art. 42 Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	169
Section 5 - Objectifs de dépenses par branche	182
•Art. 43 Fixation des objectifs de dépenses par branche	182
Section 6 - Objectif national de dépenses d'assurance maladie	186
•Art. 44 Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie	186
Section 7 - Mesures relatives à la comptabilité et à la trésorerie	188
•Art. 45 (art. L. 114-1-1 nouveau, L. 251-1, L. 251-6 et L. 251-8 du code de la sécurité sociale) Nouveau plan comptable des organismes de sécurité sociale	188
•Article additionnel après l'article 45 Modifications du fonctionnement de la Commission des comptes de la sécurité sociale	191
•Article additionnel après l'article 45 Conditions de la centralisation des comptes des organismes de sécurité sociale et suivi du plan comptable unique	193
•Art. 46 (art. L. 243-14 du code de la sécurité sociale) Seuil de paiement des cotisations sociales par virement	194
•Art. 46 bis (nouveau) (art. L. 136-7 du code de la sécurité sociale) Date de versement de la CSG sur les produits de placement par les institutions financières	196
•Art. 47 Plafonnement des ressources non permanentes	199

TRAVAUX DE LA COMMISSION - EXAMEN DU RAPPORT.....202

TABLE DES SIGLES212

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE PREMIER

-

ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE

Article premier

Approbation d'un rapport annexé

Objet : Cet article porte approbation du rapport qui lui est annexé énonçant « les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier ».

I - Le dispositif proposé

1°) Un exercice qui laisse dubitatif

Dans son rapport d'information sur les lois de financement de la sécurité sociale publié en juin 1999¹, votre rapporteur avait souligné que le rapport annexé à l'article premier des lois de financement ne remplissait pas sa fonction.

¹ Rapport n° 433 (1998-18999), les lois de financement de la sécurité sociale : un acquis essentiel, un instrument perfectible.

Il relevait notamment la médiocre qualité d'un texte relevant de plusieurs logiques (exposé des motifs du projet de loi et déclarations d'intention l'emportant sur la définition de priorité et l'expression d'engagement clair), le caractère décevant du débat qu'il suscite et en définitive son absence de portée normative.

Il constatait que les orientations de santé publique n'avaient pas trouvé leur place dans les lois de financement et proposaient d'instituer des lois pluriannuelles d'orientation créant un cadre dans lequel s'insérerait le débat annuel sur les comptes sociaux.

Un an plus tard, la Cour des comptes aborde à son tour cette question dans son rapport annuel sur la sécurité sociale et, s'interrogeant sur « *l'intérêt et les faiblesses du dispositif* », formule trois recommandations :

1. Améliorer la forme et le contenu des rapports annexés en distinguant plus explicitement les objectifs généraux et les engagements précis, en augmentant le nombre de ces engagements précis et en établissant chaque année un tableau de la mise en œuvre des mesures annoncées les années précédentes.

2. Réfléchir à l'intérêt et à la possibilité de susciter un débat parlementaire sur la politique de santé en dehors du cadre de la loi de financement et sans périodicité annuelle.

3. Renforcer le lien entre le rapport annexé et la loi elle-même.

Ces considérations ont suscité de la part de votre rapporteur une question adressée à la Cour dans le cadre de son audition par la commission :

« S'agissant du rapport annexé à l'article premier des lois de financement, la Cour, au terme d'une analyse particulièrement balancée de l'intérêt et des faiblesses du dispositif, formule deux recommandations qui peuvent apparaître contradictoires : « renforcer le lien entre le rapport annexé et la loi elle-même » et « réfléchir (...) à un débat parlementaire sur la politique de santé en dehors du cadre de la loi de financement et sans périodicité annuelle ».

« La première de ces recommandations, combinée à la seconde, ne conduit-elle pas d'une part à supprimer, dans le rapport, « les orientations de la politique santé » qui devraient faire l'objet d'un débat, voire d'une loi pluriannuelle, à accentuer d'autre part le caractère « exposé des motifs » dudit rapport et en définitive à remettre en cause son existence même, du moins assortie d'une approbation ?

« Selon la Cour, le principal intérêt du rapport annexé semble être la possibilité pour le Parlement de l'amender. La Cour a-t-elle procédé à une analyse spécifique de la mise en œuvre des engagements qui résultent des amendements parlementaires ? »

A cette question, la Cour a apporté une réponse qui, d'une part, confirme, si besoin en était, la nécessité d'arrêter des orientations pluriannuelles dans le domaine de la santé publique et de traduire, dans le cadre annuel des lois

de financement, les priorités définies et qui, d'autre part, fait apparaître une forme de scepticisme quant à la portée des amendements parlementaires¹.

« 1 - Le Sénat interroge la Cour des comptes sur la contradiction qui lui apparaît entre la recommandation visant à « renforcer le lien entre le rapport annexé à la loi de financement et la loi elle-même » et celle incitant à « réfléchir à l'intérêt et à la possibilité de susciter un débat parlementaire sur la politique de la santé en dehors du cadre de la loi de financement et sans périodicité annuelle ».

« La Cour, en formulant ces deux propositions a voulu souligner la complémentarité entre l'approche de la politique de la santé au travers de la loi de financement et celle qui pourrait résulter d'un autre débat parlementaire, entièrement consacré à la santé. Les deux démarches n'ont ni la même temporalité, ni la même ampleur, ni les mêmes objectifs.

« Les deux réflexions répondent à des ambitions différentes. Le débat d'orientation serait une réflexion à moyen terme sur les principales évolutions à conduire en matière de santé publique. Un tel débat n'a pas à être renouvelé tous les ans car les inflexions dans ce domaine sont longues à être mises en œuvre et n'ont de signification que dans la durée. Le rapport annexé à la loi de financement serait davantage lié aux dispositions de la loi de financement de l'année. Il pourrait notamment préciser les mesures qui seront financées dans le cadre annuel parmi les grandes priorités de santé déjà définies. C'est en ce sens que la dernière recommandation de la Cour vise à renforcer le lien entre le rapport annexé et la loi elle-même.

« A travers ses deux recommandations, la Cour des comptes distingue en fait deux types de débat parlementaires sur la politique de la santé : l'un, annuel et lié aux sujets figurant dans la loi de financement, l'autre, pluriannuel, et permettant une réflexion à moyen terme sur l'ensemble de la politique de la santé. Toutefois, il n'est pas certain qu'il soit possible de proposer en matière de santé une véritable loi de programmation dont la déclinaison annuelle figurerait dans la loi de financement, aussi la Cour n'évoque-t-elle dans sa recommandation qu'un débat au Parlement.

« 2 - Le Sénat demande si la Cour a analysé les conditions de mise en œuvre des engagements résultant d'amendements parlementaires.

« Les conséquences de la discussion parlementaire sur le texte du rapport annexe ont été examinées lors des travaux d'investigations conduits en vue de la rédaction des conclusions de la Cour. De façon générale, les discussions parlementaires n'ont jamais modifié l'équilibre initial du projet d'annexe présenté par le gouvernement et ont rarement imposé des engagements précis supplémentaires.

« Les modifications les plus nombreuses introduites par les parlementaires ont concerné la loi de financement pour 1999 : ajout d'un septième objectif aux six définis initialement par le gouvernement (faire vivre et développer les droits des malades) ; ajout de priorités nouvelles (handicap auditif, politique gérontologique) ; reprise de priorités de l'année précédente (dopage, prévention et soins dentaires) ; demande d'engagements précis du gouvernement (présentation début 1999 d'un programme de lutte contre les infections nosocomiales).

¹ Il est vrai que le rapport d'orientation annexé à l'article premier était encore qualifié, dans le projet de loi de financement pour 1998 de « rapport du Gouvernement »

Le tableau suivant ne permet pas de conclure à une mise en œuvre complète des engagements résultant des amendements parlementaires :

Principaux engagements inscrits dans l'annexe de loi de financement pour 1999 en matière d'actions de santé publique, résultant d'amendements parlementaires ¹ .	Principales mesures prises en 1999 (ou, éventuellement, début 2000)	Respect formel dans l'année, ou début 2000, des engagements pris (lorsque ces engagements étaient insuffisamment précis).
1. Développement des droits du malade	Loi n° 99-477 du 9 juin 1999 qui crée un livre préliminaire dans le code de la santé publique, intitulé « Droits de la personne malade et des usagers du système de santé ». Groupe de travail sur la place des usagers dans le système de santé qui a remis son rapport en février 2000.	oui
2. Présentation au Parlement d'un programme de lutte contre les infections nosocomiales début 1999.	Publication de guides, recommandations et du décret du 6 décembre 1999 relatif à l'organisation de la lutte contre les infections nosocomiales dans les établissements de santé. Mais aucun rapport ne semble avoir été remis au Parlement.	Politique active, mais engagement formel non respecté.
3. Dopage et protection de la santé des sportifs : étude de l'intérêt d'un remboursement de la consultation médicale nécessaire à l'obtention de la première licence sportive.	Etude pas encore menée.	non
4. Etude et propositions pour améliorer la prise en charge de la compensation du handicap auditif.	Un rapport (fait par Mme Gillot, députée du Val d'Oise), avait été remis au Premier Ministre le 30 juin 1998 (« Le droit des sourds, 115 propositions »). Aucune proposition n'a été faite par le Gouvernement en 1999.	non
5. Définition en 1999 d'une véritable politique de gérontologie.	Annonce le 30 novembre 1999 des grandes lignes de la politique en faveur des personnes âgées.	Formellement, une politique a été présentée (mais il est difficile d'estimer si elle correspond à la « véritable politique de gérontologie » qui avait été annoncée.
<i>1. Les engagements ne figurant pas dans la partie santé (cf. le maintien à domicile des personnes âgées) ou ne faisant l'objet que d'engagements très imprécis et de rappels de mesures déjà prises ne sont pas repris dans ce tableau.</i>		

2*) Des orientations pour 2001 qui laissent perplexes

Le rapport annexé au présent article premier -le quatrième présenté par l'actuel Gouvernement sur les « *orientations générales de (sa) politique de santé et de sécurité sociale et (ses) objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier* »- constitue une sorte de « service minimum ».

a) Des orientations conjuguées au passé

Les orientations présentées par le Gouvernement sont pour partie l'évocation sommaire de quelques dispositions figurant dans le projet de loi, et pour l'autre un rappel du passé, sur le thème « *le chemin parcouru est important* ».

Il est frappant qu'un document d'orientation, en principe tourné résolument vers l'avenir, soit conjugué essentiellement au passé : référence à des lois votées en 1999 ou 1998 (lois des 29 juillet 1998, 23 mars 1999, 18 juin 1999, 27 juillet 1999...), renvoi à des programmes anciens : « *le programme (...) a été poursuivi* », « *une campagne nationale (...) a été lancée* », « *le Gouvernement a lancé un programme national (...)* », « *le Gouvernement a lancé une campagne d'envergure (...)* », « *un plan d'action vient d'être lancé* », « *le comité de gestion (...) a été installé* », etc.

Les quelques futurs qui parsèment le rapport s'inscrivent résolument dans la continuité : « *la mise en œuvre du plan pluriannuel (1999-2003)... sera poursuivie en 2001* ». On n'en attend pas moins d'une administration responsable.

b) Une marche à reculons

La comparaison des rapports d'orientation successifs d'octobre 1997 à octobre 2000 font hésiter, dans bien des domaines sur le sens de la marche.

Ainsi, dans le **domaine des retraites**, le rapport annexé à la loi de financement pour 1998 (octobre 1997) faisait référence à la « *réflexion approfondie sur l'évolution des prestations et des ressources des systèmes de retraite que le Gouvernement (entendait) conduire (...)* ».

Un an plus tard, en octobre 1998 (rapport annexé à la loi de financement pour 1999), une étape semblait être en passe d'être franchie : « *le Gouvernement entend aborder les évolutions nécessaires de nos régimes de retraite, sur la base d'un diagnostic précis des problèmes auxquels ils sont confrontés (...). Le Gouvernement prendra les décisions qui s'imposent (...)* ».

Encore un an a passé, et le rapport annexé à la loi de financement pour 2000 (octobre 1999) apparaît déjà en retrait : « *Le Commissariat général du plan*

a établi un diagnostic (...). Sur la base de ce diagnostic, le Gouvernement a ouvert une concertation (...). Cette phase de concertation s'échelonne jusqu'au début de l'année 2000 ».

En pointillé (mais en pointillé seulement), le lecteur non averti du rapport aura estimé que le Gouvernement allait prendre, début 2000, «*les décisions qui s'imposent* ».

Il n'en a rien été : le présent rapport (octobre 2000) ferme le ban : «*sur la base de ce diagnostic (voir ci-dessus octobre 1998 et octobre 1999) et après avoir largement consulté, le Gouvernement travaille pour préparer l'avenir (...) en engageant la concertation pour élaborer les mesures les mieux à même d'assurer l'avenir des régimes de retraites* ».

Heureusement que le rapport précise par ailleurs «*des adaptations sont donc nécessaires pour assurer l'avenir de nos régimes par répartition* », mais il revient au Conseil d'orientation des retraites de «*proposer au Gouvernement des mesures d'ajustement en fonction des évolutions de la situation économique et des projections démographiques* ».

Réflexion, diagnostic, concertation, consultation, re-concertation, attente des propositions, d'une part, évolution nécessaire, décisions qui s'imposent, adaptations nécessaires, ajustement en fonction des évolutions, d'autre part : l'enchaînement des termes, *decrecendo*, est pour le moins significatif d'un retour à la case départ.

De même, dans le **domaine de la réforme de l'assiette des cotisations patronales de sécurité sociale**, le rapport d'octobre 1997 annonçait : «*le Gouvernement souhaite par ailleurs, voir évoluer progressivement l'assiette des cotisations patronales, afin de consolider le financement de la protection sociale. Dans cet esprit, seront poursuivies les réflexions sur les modifications d'assiette, notamment en référence à la valeur ajoutée. L'impact économique des scénarios envisagés sera étudié parallèlement par le Conseil d'analyse économique placé auprès du Premier ministre. Le Gouvernement disposera ainsi de l'ensemble des éléments nécessaires pour engager la réforme.* »

Dans le rapport d'octobre 1998, «*le Gouvernement souhaite engager une telle réforme avec pour objectif d'assurer un financement de la protection sociale plus juste et plus favorable à l'emploi.*

«*Cette réforme doit s'effectuer sans en faire supporter le coût aux ménages et sans accroître globalement les prélèvements sur les entreprises. Cette réforme aura pour objet de stabiliser le financement de la protection sociale afin d'en assurer la pérennité, en recherchant une assiette moins sensible aux variations de la masse salariale des entreprises.*

« *La concertation avec les organisations d'employeurs et de salariés sera poursuivie en vue d'en fixer les orientations et les modalités précises avec l'objectif d'aboutir à un projet de loi au premier semestre 1999* ».

Le rapport d'octobre 1999 tourne à la confusion des concepts : « *le Gouvernement propose une réforme d'ampleur des cotisations patronales pour favoriser l'emploi (...) l'assiette des cotisations patronales est rééquilibrée en faveur des entreprises de main-d'œuvre* ».

En réalité, comme chacun sait, il s'agit d'affecter au fonds de financement des trente-cinq heures (FOREC) un certain nombre d'impôts et taxes (droits sur les tabacs, droits sur les alcools, taxation des heures supplémentaires, taxe générale sur les activités polluantes et contributions sur les bénéfices des sociétés).

Le présent rapport est totalement silencieux sur cette « réforme d'ampleur » que le Gouvernement estime -il faut le supposer- parachevée.

Pourtant, le présent projet de loi enrichit substantiellement les ressources du FOREC -c'est-à-dire, selon la terminologie officielle, « *l'assiette des cotisations patronales* »- en y ajoutant une dose supplémentaire de tabac et d'alcool, mais également un bout de taxe sur les conventions d'assurance et, pour faire bonne mesure, la taxe sur les véhicules de société.

Enfin, le **projet de loi de modernisation du système de santé** relève d'une sorte de mirage qui s'éloigne d'automne en automne.

Le rapport d'octobre 1999 sous la rubrique « *Promouvoir le droit des malades et construire la démocratie sanitaire* » annonce : « Le Gouvernement, pour tenir compte de ces préoccupations, propose une loi visant à affirmer les droits des malades, notamment en ce qui concerne l'accès au dossier médical. Des dispositifs plus efficaces de recours et de médiation seront mis en place. La participation des usagers à la définition et à la mise en œuvre des politiques de santé publique, en particulier sur le plan régional, sera renforcée. Une réflexion sera menée pour prendre en compte l'aléa thérapeutique. »

Le présent rapport recourt à un futur très en-deça du présent de l'indicatif : « Le Gouvernement proposera très prochainement un projet de loi de modernisation du système de santé (...) ».

Il reste à souhaiter que le rapport d'orientation annexé à la loi de financement pour 2002 puisse au moins constater que le projet de loi *a été déposé* par le Gouvernement car, pour ce qui est de son inscription à l'ordre du jour des travaux du Parlement et de l'entrée en vigueur de la loi, chacun sait que l'espoir s'est envolé.

c) Des improvisations qui désorientent

Le rapport annexé à la loi de financement pour 2000 était quasiment silencieux sur l'hôpital.

Il était erroné d'en conclure que, comme l'avait fait hâtivement votre commission, que le Gouvernement était démuné d'orientations dans ce domaine pour l'année 2000.

En effet, dès mars 2000, il mettait en œuvre, impromptu, une « *nouvelle étape pour l'hôpital* », dont se fait l'écho rétrospectivement le présent rapport... d'orientation : « *une nouvelle étape s'engage pour l'hôpital* ».

Votre rapporteur, qui avait constaté la vanité de l'exercice que constitue l'approbation solennelle du rapport annexé à l'article premier des projets de loi de financement, n'est pas affecté par cet épisode, qui démontre abondamment que la politique de santé et de sécurité sociale du Gouvernement relève d'une gestion conjoncturelle des crises intervenant de préférence entre deux rapports d'orientations approuvés par le Parlement.

Il s'est, en revanche, fortement ému que le Gouvernement ait, ce faisant, modifié, sans la moindre autorisation du Parlement, les objectifs de dépenses de la loi de financement pour 2000.

3*) *Des modifications sans guère de conséquences*

Le débat à l'Assemblée nationale sur le rapport annexé au présent article premier a valu surtout par l'excellent rappel au règlement de M. Jean-Luc Prél s'étonnant de la demande de réserve de l'article premier jusqu'à la fin du débat sur les articles du projet de loi : « *il est tout à fait symbolique que le Gouvernement ait demandé le report de la discussion du rapport annexé en fin de débat. Il eût été préférable de déterminer d'abord les priorités de santé, à partir des besoins recensés dans chaque région, de définir les moyens techniques et humains nécessaires puis seulement ensuite de voir comment les financer et de fixer l'ONDAM.* »¹.

Cette réserve est devenue la règle et traduit bien que le rapport d'orientation reste un exposé des motifs des articles du projet de loi. Il est prudent de ne le voter qu'une fois les articles eux-mêmes adoptés. En quelque sorte, le rapport d'orientation doit être coordonné avec les votes sur le dispositif du projet de loi lui-même.

Un véritable rapport d'orientation devrait être discuté en prélude à ce dispositif afin de dessiner le cadre dans lequel s'inscrivent les articles du projet.

¹ Jean-Luc Prél compte rendu analytique AN, 3^{ème} séance du mercredi 25 octobre, p. 2.

L'argument décisif du rapporteur de la commission des Affaires culturelles de l'Assemblée nationale pour justifier la réserve de l'article premier n'est guère encourageant : le rapport n'a « aucune valeur contraignante comme l'a établi le Conseil d'Etat »¹.

C'est dans ce contexte qu'il convient de mentionner pour mémoire les quatre amendements adoptés par l'Assemblée nationale à ce rapport :

- le premier annonce que le Gouvernement mettra en place *une commission*²,

- le deuxième que le Gouvernement réunira une *conférence de consensus*³,

- le troisième qu'un *rapport* sera remis au Parlement⁴,

- le dernier que sera étudiée une modification de la composition des comités médicaux régionaux.

*

* *

II - La position de notre commission

Votre commission vous propose d'annexer à l'article premier un bref rappel des grandes orientations qui devraient régir l'évolution de notre protection sociale, dans le domaine de la santé, de la famille et de la vieillesse, mais également des principes qui devraient présider tant à la répartition harmonieuse des responsabilités entre les différents acteurs de notre système de sécurité sociale qu'à la clarification de son financement.

Rapport sur les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier

¹ *Compte rendu analytique AN, 3^{ème} séance du mercredi 25 octobre, p. 2.*

² *Ibidem.*

³ *Sur les différentes modalités de sevrage tabagique.*

⁴ *Sur l'application du programme national de lutte contre les cancers.*

« Chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale approuve les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale »¹.

Pour satisfaire cette prescription organique, le rapport annexé à l'article premier des lois de financement ne saurait se réduire à un rappel des actions passées, ni à un exposé des motifs des différentes mesures inscrites dans le projet de loi, ni même à une suite de déclarations d'intention.

La présente loi de financement est la cinquième que le Parlement examine ; force est de constater que les limites de l'exercice ont été atteintes voire dépassées tant a été systématiquement affaibli et détourné cet instrument qui aurait dû constituer un progrès essentiel de la démocratie.

• Retrouver l'ambition initiale des lois de financement

Certes, les comptes sociaux se sont redressés mais au prix d'un effort considérable demandé aux Français. Ces derniers ont consacré au financement de la protection sociale une part croissante des prélèvements obligatoires qu'ils acquittent sans pourtant avoir le sentiment d'être mieux soignés, mieux protégés et de pouvoir regarder avec sérénité vers l'avenir.

La marge de manoeuvre ainsi dégagée par la croissance doit être à l'évidence mise à profit pour opérer les réformes de structures indispensables et les clarifications nécessaires des responsabilités et des financements qui seules permettront d'aborder, sans dommage insupportable, non seulement les inévitables à-coup de la conjoncture économique mais principalement les échéances lourdes qui s'annoncent, liées notamment au vieillissement de notre population.

Dans ce contexte, les lois de financement doivent retrouver leur ambition initiale : permettre un débat annuel sur les priorités de la protection sociale, et sur les moyens financiers que la collectivité est prête à lui consacrer, faire apparaître clairement aux yeux des Français la raison d'être de l'effort qu'ils consentent et le bénéfice qu'ils sont en droit d'attendre.

Il est impératif, dès lors, que cesse la dérive actuelle qui aboutit à vider les lois de financement de leur contenu pour les transformer en supplétifs d'une politique de l'emploi aventureuse et d'une politique fiscale mal maîtrisée.

De fait, la présente loi se résume, pour l'essentiel, à deux mesures :

- faire face à la dérive coûteuse des trente-cinq heures au prix d'une manipulation des recettes et des dépenses qui n'épargne aucune branche de la sécurité sociale ;
- mettre en œuvre une mesure fiscale, la ristourne de CSG et de CRDS ; il est significatif qu'une telle mesure figure en bonne place dans le dossier de presse du projet de loi de finances dont elle constitue la principale « disposition fiscale » ; il est consternant en revanche que le bouleversement qu'elle entraîne des fondements même du financement de la protection sociale n'ait été aucunement mesuré ni même envisagé.

• Débattre des priorités de santé publique

A l'évidence, les orientations de la politique de santé ne sauraient être cantonnées à un cadre annuel. Les travaux du Haut comité de santé publique et de la Conférence nationale de santé en témoignent clairement. Cette constatation de bon sens ne doit pas

¹ Article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.

conduire à s'abstenir de tout débat au motif que les lois de financement de la sécurité sociale s'inscrivent dans un cadre annuel.

Il est au contraire nécessaire de mettre ces lois en perspective grâce à un cadre qui dépasse les aspects purement comptables : celui d'une loi d'orientation pluriannuelle qui définirait les axes d'une véritable politique de santé publique et qui, au-delà de la seule politique de soins, aborderait résolument les voies et moyens d'une politique d'éducation et de prévention.

Il reviendrait alors chaque année à la loi de financement, à travers l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), de traduire, dans son domaine, les priorités ainsi arrêtées.

Encore faut-il pour ce faire que l'ONDAM puisse réellement remplir sa fonction.

Constitué à l'origine sous la forme nécessairement d'un agrégat comptable, il est resté, cinq ans plus tard, le même agrégat comptable, qui a dérivé, que le Gouvernement a « rebasé » et auquel il a appliqué mécaniquement des pourcentages de progression.

L'exposé des motifs de l'article 44 du présent projet de loi résume parfaitement la situation actuelle et le sens que donne le Gouvernement à l'instrument central des lois de financement :

« L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé à 693,3 milliards de francs pour l'année 2001, en progression de 3,5 % par rapport aux dépenses attendues pour 2000. »

Dépourvu de tout contenu en santé publique, de tout lien avec les besoins des malades, les progrès de la médecine et *a fortiori* les priorités de l'action publique, l'ONDAM et sa progression arbitraire constituent aujourd'hui un arbitrage comptable inévitablement contesté, entre les contraintes financières de l'assurance maladie et le souci des pouvoirs publics d'apaiser les tensions que connaît notre système de soins.

Aussi n'est-il pas étonnant que la maîtrise des dépenses de santé reste inefficace tout en entraînant, faute d'orientations et de priorités clairement affichées, la confusion des responsabilités entre l'Etat et l'assurance maladie et une rupture durable avec les professionnels de santé.

Il apparaît donc indispensable de renouer le dialogue avec les professionnels de santé et de refonder notre système conventionnel. Les rôles de chacun des acteurs - Etat, caisses de sécurité sociale et professionnels de santé - doivent être désormais clairement définis.

Il convient en outre de substituer au dispositif très critiquable des lettres-clés flottantes un mécanisme de maîtrise de l'évolution des dépenses médicales qui fasse appel à la responsabilité individuelle des médecins et qui contribue à l'amélioration des pratiques médicales, dans l'intérêt des patients.

• Clarifier les circuits financiers

A la différence du budget de l'Etat, le budget social est le domaine par excellence des affectations de recettes. Elles sont le corollaire de l'existence de caisses ou de branches qui trouvent elle-même leur fondement dans le principe originel de l'assurance.

Or la période récente se caractérise par la mise en place de mécanismes de transferts de charges et de ressources, entre le budget de l'Etat et le budget social et au sein même du budget social, qui conduisent à une confusion extrême que rien ne justifie.

Il revient certes au Parlement de faire apparaître, grâce à un travail de décryptage long et fastidieux, la réalité économique de ces transferts qui, au demeurant, est simple et

répétitive : ponctionner les excédents de la branche famille et ceux des fonds de solidarité vieillesse pour financer la coûteuse politique des trente-cinq heures.

Mais il n'en reste pas moins que les lois de financement, qui devaient, chaque année, permettre un débat lucide sur les comptes sociaux, ont été utilisés pour mettre en place des circuits financiers opaques, chaque année modifiés et masquant des transferts illégitimes.

Aussi, définir les « *orientations de la politique de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier* » conduit à devoir réaffirmer les principes nécessaires pour :

- *redonner une signification aux résultats des différentes branches de la sécurité sociale* car ce résultat est un bon indicateur des efforts consentis, les marges de manoeuvre disponibles et des réformes à entreprendre. Aujourd'hui, les ajustements annuels, voire infra-annuels, dans l'affectation des recettes et dans la prise en charge des dépenses, de même que la confusion entre les déficits et les excédents autorisent toutes les dérives et toutes les confusions ;

- *clarifier les financements de sorte que le contribuable puisse connaître la destination des prélèvements dont il s'acquitte*. Aujourd'hui, la plupart des impôts affectés, souvent « exceptionnels » à l'origine, ont été pérennisés, puis éclatés entre les différentes branches et leurs clefs de répartition manipulées tous les ans ;

- *rétablir une cohérence durable de ces financements entre assurance et solidarité et dans l'adossement des ressources et des dépenses*. Aujourd'hui, à titre d'exemple, l'assurance maladie supporte les dépenses liées à l'alcoolisme et au tabagisme, mais les droits sur les tabacs et les alcools financent pour l'essentiel la réduction du temps de travail.

C'est à ce prix que les comptes sociaux pourront être équilibrés durablement et que pourront apparaître clairement les enjeux de la protection sociale : nécessité d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé, réformes indispensables pour garantir l'avenir des retraites, impératif d'une politique familiale ambitieuse.

Elle vous propose d'adopter cet article ainsi substantiellement amendé.

TITRE II
-
DISPOSITIONS RELATIVES
AUX RESSOURCES ET AUX TRANSFERTS

Art. 2 A (nouveau)
(art. L. 136-2 du code de la sécurité sociale)

Consolidation d'une assiette forfaitaire
pour le calcul de la CSG et de la CRDS

Objet : Cet article additionnel, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, tend à préciser l'assiette de la contribution sociale généralisée pour les salariés dont les cotisations sociales sont établies de manière forfaitaire.

I - Le dispositif proposé

Le présent article tend à insérer un paragraphe *Ibis* à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale. Ce paragraphe vise à établir l'assiette de la contribution sociale généralisée (CSG) de certaines catégories de salariés sur celle définie pour les cotisations forfaitaires. Cette assiette est définie par les arrêtés pris en application des articles L. 241-2 (*assiette des cotisations des assurances maladie, maternité, invalidité et décès*) et L. 241-3 (*assiette des cotisations des assurances vieillesse et veuvage*) du code de la sécurité sociale et L. 741-13 du code rural.

Les catégories concernées sont très disparates. A titre d'exemple, et selon les précisions apportées en séance par M. Alfred Recours, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales¹, les salariés suivants seraient concernés :

- chauffeurs de taxi de Paris, Lyon et Marseille locataires de leur véhicule ;
- ministres du culte ;
- moniteur et personnel d'encadrement des colonies de vacances ;
- personnels au pourboire des hôtels, cafés et restaurants ;
- personnes participant à une activité sportive ou de jeunesse (exemple des stadiers) ;
- vendeurs à domicile et colporteurs de presse.

¹ Troisième séance du mercredi 25 octobre 2000, JO Débats AN, p. 7493.

La référence à l'article L. 741-13 du code rural, qui dispose que « *des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par arrêté interministériel à certaines catégories d'assurés* », permet également de viser les salariés agricoles rémunérés par le titre emploi simplifié en agriculture (TESA). Ce point avait fait l'objet d'une question de M. Charles de Courson, député, lors du débat à l'Assemblée nationale.

II - La position de votre commission

La CSG, à la différence des cotisations sociales, est une imposition de toute nature. Il appartient au législateur d'en déterminer notamment l'assiette et le taux.

La CSG est aujourd'hui calculée, pour les catégories de salariés visées par le présent article, par référence à des arrêtés ministériels. A ce jour, ce mécanisme n'a pas été contesté et aucun recours contentieux n'a été engagé. La ristourne de CSG, prévue à l'article 2, nécessite de calculer une diminution en rapport avec ces assiettes forfaitaires.

Mais l'objectif de donner une base juridique plus solide à l'assiette de la CSG applicable à certains salariés est dissociable de la volonté de calculer une réduction applicable dans le cadre de l'article 2. Le présent article tend à donner en quelque sorte une valeur législative à des arrêtés fixés par le ministre chargé de la sécurité sociale.

Au-delà de cette singularité, votre rapporteur souscrit à l'objectif de clarification juridique.

Il observe cependant que l'impact n'a pas été chiffré par le Gouvernement, à l'occasion de son amendement sur les prévisions de recettes de l'article 13. En réalité, il est probable que l'impact de cette disposition, qui relève davantage d'un projet de loi portant « diverses mesures », soit inexistant.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 2

Réduction de la CSG et de la CRDS sur les revenus d'activité

Objet : *Cet article vise à instaurer un mécanisme de réduction dégressive de CSG et de CRDS sur les revenus d'activité.*

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** du présent article précise les revenus d'activité, compris dans le champ de la CSG et de la CRDS, qui seront pris en compte pour le calcul de la ristourne dégressive. Le A du I indique que le total de ces revenus devra être inférieur à un plafond mensuel fixé à 169 fois le taux horaire du salaire minimum de croissance, majoré de 30 %, pour ouvrir droit à une réduction.

La réduction est également applicable aux revenus tirés des indemnités journalières.

Pour les salariés qui travaillent en dessous de la durée collective du travail¹, la rémunération perçue est convertie en équivalent temps plein. En ce qui concerne les salariés dont la rémunération n'est pas déterminée en fonction d'un nombre d'heures de travail, un décret fixe les modalités d'application. Pour les fonctionnaires et assimilés, la réduction est également proratisée en cas de travail à temps partiel ou non complet.

Pour certains salariés ou règles techniques, le A du I renvoie au décret la détermination des conditions d'application :

- prise en compte des indemnités journalières ;
- salariés dont la rémunération n'est pas déterminée en fonction d'un nombre d'heures de travail (travailleurs à domicile, concierges et employés d'immeubles et salariés agricoles rémunérés à la tâche) ;
- fonctionnaires ayant commencé ou cessé leur activité au cours du mois.

Le B du I explicite le calcul de la réduction s'appliquant au cours de l'année 2001.

La réduction est égale au tiers de la CSG et de la CRDS pour les salariés au SMIC. Pour ceux gagnant entre 1 et 1,3 SMIC, le mécanisme consiste à

¹ *Résultant d'une convention ou d'un accord collectif applicable à l'entreprise ou l'établissement ou, à défaut, de la durée légale du travail.*

calculer dans un premier temps la différence entre le plafond (1,3 SMIC) et la rémunération et de multiplier ensuite cette différence par 25,33 %. Pour l'année 2001, la réduction sera égale au tiers de ce résultat.

Dans le cas de salariés à temps partiel, une proratisation est effectuée. Enfin, les indemnités journalières bénéficieront d'un taux réduit de 22,33 %.

Le A du **paragraphe II** de cet article est consacré aux non-salariés. Pour bénéficier de la ristourne dégressive de CSG et de CRDS, leurs revenus professionnels sont pris en compte.

Le plafond est calculé sur la base d'une année civile, par comparaison avec le montant du SMIC annuel ($169 \times 12 = 2028$ fois le taux horaire moyen annuel) majoré de 30 %. Une proratisation est prévue lorsque « *la durée de l'activité* » est inférieure à l'année civile.

Le B du II précise les modalités de calcul de la réduction. La ristourne sera maximale pour des revenus professionnels soumis aux contributions au titre de l'année 2001 et se situant au niveau du SMIC.

Pour les revenus situés entre 1 et 1,3 SMIC, le mode de calcul est le suivant : il convient tout d'abord d'obtenir la différence entre les revenus professionnels et le plafond, avant de multiplier cette différence par le taux de 26,67 %. Le tiers de ce résultat est égal à la ristourne.

Le C du II vise les pluriactifs. Il s'agit de « *prendre en compte l'ensemble des revenus perçus ou acquis, selon des modalités fixées par les décrets* », afin d'éviter qu'ils ne bénéficient plusieurs fois de la ristourne.

Comme il existe deux valeurs annuelles du SMIC (avant et après la revalorisation qui intervient le 1^{er} juillet chaque année), le D prévoit que le salaire minimum de croissance pris en compte pour les non-salariés est égal à sa valeur annuelle moyenne.

Enfin, le **paragraphe III** prévoit l'extension de la mesure à l'année 2002 ; la ristourne serait alors égale « aux deux tiers » du calcul précité.

Barème de la réduction dégressive CSG -CRDS à 1,3 SMIC

Salaire brut mensuel	Réduction de CSG - CRDS					
	2001		2002		2003	
7.101,38 F	180 F	- 33 %	360 F	- 67 %	540 F	- 100 %
7.500,00 F	146 F	- 26 %	292 F	- 51 %	439 F	- 77 %
8.000,00 F	104 F	- 17 %	208 F	- 34 %	312 F	- 51 %
8.500,00 F	62 F	- 10 %	124 F	- 19 %	185 F	- 29 %
9.000,00 F	20 F	- 3 %	39 F	- 6 %	59 F	- 9 %
9.231,80 F	0 F	0 %	0 F	0 %	0 F	0 %

Source : Rapport AN n° 2633, p. 34.

Salaire brut mensuel	Montant de CSG et CRDS acquitté			
	2000	2001	2002	2003
7.101,38 F	540 F	360 F	180 F	0 F
7.500,00 F	570 F	424 F	278 F	131 F
8.000,00 F	608 F	504 F	400 F	296 F
8.500,00 F	646 F	584 F	522 F	461 F
9.000,00 F	684 F	664 F	645 F	625 F
9.231,80 F	702 F	702 F	702 F	702 F

Source : Rapport AN n° 2633, p. 34.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Le présent article 2 a fait l'objet de plusieurs modifications par l'Assemblée nationale.

Un amendement de M. Alfred Recours, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a élevé le plafond de la ristourne à 1,4 SMIC. Le coût de cette extension, concernant 1 million de personnes, a été chiffré à 1 milliard de francs.

L'Assemblée nationale a précisé, par la voie d'un amendement de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, que les personnes qui relèvent d'un régime de salariés, et dont la rémunération n'est pas déterminée en fonction du nombre d'heures de travail, étaient celles visées aux articles L. 721-1 (*travailleurs à domicile*) et L. 771-1 (*concierges et employés d'immeubles à usage d'habitation*) du code du travail et à l'article L. 751-1 du code rural (*salariés agricoles rémunérés à la tâche*).

Un amendement de M. Alfred Recours a précisé que, pour certaines catégories de salariés visées au paragraphe I bis nouveau de l'article L. 136-2 du

code de la sécurité sociale (*cf. article 2A*), un décret fixerait le taux et les modalités de cette réduction.

Un amendement de M. Alfred Recours a exclu l'application de la réduction aux contributions dues au titre des indemnités de congé.

Le calcul de la ristourne a fait l'objet de deux amendements de réécriture, le premier pour les salariés et le second pour les non-salariés.

Enfin, les dispositions du III empiétant selon M. Alfred Recours, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales sur « l'annualité » des lois de financement, ont été supprimées.

Votre rapporteur prend acte de la vigilance du rapporteur de l'Assemblée nationale quant au respect du principe d'annualité. A défaut de les avoir consultés sur le dispositif, il est toutefois important de préciser aux entreprises et aux organismes de sécurité sociale, chargés de mettre en œuvre cette mesure lourde en gestion, quel est le « cap » retenu pour 2002 et 2003.

Barème de la réduction dégressive CSG -CRDS à 1,4 SMIC

Salaire brut mensuel	Réduction de CSG-CRDS					
	2001		2002		2003	
7.101,38 F	180 F	- 33 %	360 F	- 67 %	540 F	- 100 %
7.500,00 F	155 F	- 27 %	309 F	- 54 %	464 F	- 81 %
8.000,00 F	123 F	- 20 %	246 F	- 40 %	369 F	- 61 %
8.500,00 F	91 F	- 14 %	183 F	- 28 %	274 F	- 42 %
9.000,00 F	60 F	- 9 %	119 F	- 17 %	179 F	- 26 %
9.500,00 F	28 F	- 4 %	56 F	- 8 %	84 F	- 12 %
9.941,93 F	0 F	0 %	0 F	0 %	0 F	0 %

Source : Rapport AN n° 2633, p. 35.

Salaire brut mensuel	Montant de CSG et CRDS acquitté			
	2000	2001	2002	2003
7.101,38 F	540 F	360 F	180 F	0 F
7.500,00 F	570 F	415 F	261 F	106 F
8.000,00 F	608 F	485 F	362 F	239 F
8.500,00 F	646 F	555 F	463 F	372 F
9.000,00 F	684 F	624 F	565 F	505 F
9.500,00 F	722 F	694 F	666 F	638 F
9.941,93 F	756 F	756 F	756 F	756 F

Source : Rapport AN n° 2633, p. 35.

Le débat à l'Assemblée nationale a été, en outre, marqué par la question des « pluriactifs ». Au bout d'un long débat, amorcé par M. Charles de Courson, Mme la ministre de l'Emploi et de la Solidarité a consenti à préciser les modalités d'application du C :

« Pour un non salarié ayant, par ailleurs, des revenus salariés, une ligne supplémentaire sur sa déclaration adressée à la CANAM ou à la MSA, retracera ces revenus. Cela permettra aux caisses de calculer l'allégement en en tenant compte.

Pour ceux qui sont salariés dans plusieurs entreprises, l'allégement sera proratisé dans chaque activité en fonction du temps travaillé. Le dispositif sera similaire à celui appliqué aux salariés à temps partiel en matière d'allégement des trente-cinq heures.

(...) Nous allons profiter de la navette pour mettre au point ces textes »¹.

Il sera tout à fait possible à un pluriactif, salarié et non salarié, de ne pas renseigner la « ligne » qu'entend faire créer le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sur la déclaration adressée à la MSA ou à la CANAM. Le seul système permettant un réel contrôle des revenus des pluriactifs est de croiser les informations des organismes sociaux et des services fiscaux. L'objectif de « mettre au point ces textes » aurait-il pour conséquence un système digne de « Big Brother » ?

Le dispositif n'est en aucun cas « verrouillé ».

III - La position de votre commission

Le présent article est l'une des dispositions centrales de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale, qui acquiert, ce faisant, le statut d'instrument de la politique fiscale du Gouvernement. Votre rapporteur a développé longuement, dans son exposé général², l'opposition de la commission à cette démarche dont les conséquences sont désastreuses.

L'adoption de l'article porterait gravement atteinte à l'universalité du financement de la protection sociale. Il mettrait en échec dix années d'une « politique publique », menée par six gouvernements successifs.

¹ JO Débats Assemblée nationale, 3^{ème} séance du 25 octobre 2000, p. 7512.

² Voir présent rapport, tome I.

Le dispositif prévu à l'article 2, en raison de la nature même de la CSG qui ne peut prendre en compte la notion de foyer fiscal, est injuste, inéquitable et inapplicable.

Il entraînera de grandes complications pour les entreprises chargées de le mettre en œuvre. Enfin, son inconstitutionnalité -en raison notamment de la situation des pluriactifs- apparaît désormais quasiment reconnue par le Gouvernement lui-même, comme le montrent, à l'Assemblée nationale, les explications laborieuses de la ministre de l'Emploi et de la Solidarité.

Votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 3

(art. 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)

Conditions d'exonération de la CRDS sur les revenus de remplacement

Objet : Cet article vise à exonérer de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) les pensions de retraite et d'invalidité des personnes non imposables.

I - Le dispositif proposé

Le a) du **paragraphe I** modifie le I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale en ajoutant, à la liste des revenus non soumis à la CRDS, les pensions de retraite et d'invalidité des personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente, avant imputation de tout crédit d'impôt, est inférieure au seuil de mise en recouvrement (400 francs).

Le b) abroge le cinquième alinéa du paragraphe II de l'article 14, qui prévoyait l'assujettissement des pensions de retraite et d'invalidité dans l'assiette de la CRDS, à l'exception de celles versées à des personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif (principalement, le minimum vieillesse).

Le II précise que les dispositions du I sont applicables aux revenus perçus à compter du 1er janvier 2001.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales tendant à étendre aux chômeurs non imposables l'exonération de CRDS et à « toiletter » les dispositions de l'ordonnance de 1996 sur la dette sociale.

L'assiette de la CRDS serait établie, comme aujourd'hui, par référence aux revenus d'activité et aux revenus de remplacement soumis à CSG, définie par les articles L. 136-2 à L. 136-4 du code de la sécurité sociale. La référence à l'article L. 136-8 permet d'inclure les « faux non imposables ».

En raison de l'alignement de l'assiette de la CSG sur celle de la CRDS, postérieure à l'ordonnance de 1996, il n'est plus besoin de prévoir une exonération spécifique de CRDS ainsi que l'assujettissement spécifique de diverses allocations ou revenus.

Mme Elisabeth Guigou a précisé, à propos de l'exonération de CRDS accordée aux chômeurs, que le « déficit de ressources ainsi créé dans les comptes de la CADES devra être compensé »¹.

III - La position de votre commission

Le débat à l'Assemblée nationale a pris un tour inattendu, à l'occasion de la discussion de l'amendement de suppression présenté par M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des Finances.

En effet, l'article 3 est clairement un « cavalier social » : il ne fait pas partie du champ de la loi de financement défini par la loi organique du 22 juillet 1996. L'exonération de CRDS pour les retraités non imposables affecte les ressources de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ; elle n'affecte ni les recettes des régimes de base de la sécurité sociale, ni celles d'un « organisme concourant à leur financement ». La CADES a été considérée comme ne faisant pas partie de cette catégorie (*cf. exposé général*)

Or, le Gouvernement a demandé à M. Cahuzac de retirer son amendement et de voter l'article 3, s'interrogeant pourtant sur « la pertinence juridique de la présence de cet article consacré à la CRDS dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale »² et s'engageant dans le même temps à introduire cette mesure, par voie d'amendement, dans le projet de loi de finances pour 2001.

¹ JO Débats AN, 3^{ème} séance du 25 octobre 2000, p. 7517.

² Selon les termes de Mme Elisabeth Guigou, JO Débats AN, 3^{ème} séance du 25 octobre 2000, p. 7515.

De fait, la technique législative est... cavalière qui consiste à annoncer à l'Assemblée nationale qu'on entend lui demander de voter, par précaution, **deux fois** la même mesure.

Il semble que tant le Gouvernement que M. Alfred Recours, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, comptent paradoxalement sur le Sénat pour prévenir une telle redondance, en supprimant le présent article.

Votre rapporteur s'étonne d'une telle anticipation.

Tout d'abord, il ne peut que se réjouir du supplément de pouvoir d'achat ainsi accordé aux cinq millions de retraités et aux chômeurs.

Il observe toutefois qu'il est mis fin à la spécificité, qui tenait à la nature même de la CRDS, en alignant, pour les revenus de remplacement, son assiette sur celle de la CSG.

Assiette de la CSG et la CRDS sur les revenus de remplacement

	CSG	CRDS	
		Droit en vigueur	Article 3 PLFSS 2001 modifié
Pensions de retraite et d'invalidité			
Minimum vieillesse et avantages non contributifs	Non	Non	Non
<i>Personnes non imposables</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Personnes non imposables en raison de réduction d'impôts	Oui (3,4 %)	Oui	Oui
Personnes imposables	Oui (6,2 %)	Oui	Oui
Allocations de chômage et de préretraite			
Allocations de solidarité spécifique et allocation d'insertion	Non	Non	Non
Allocation inférieure au SMIC brut	Non	Non	Non
<i>Personnes non imposables</i>	<i>Non</i>	<i>Oui</i>	<i>Non</i>
Personnes non imposables en raison de réduction d'impôt	Oui (3,4 %)	Oui	Oui
Personnes imposables	Oui (6,2 %)	Oui	Oui

Il constate également que le fossé s'accroît entre, d'une part, les retraités et les chômeurs imposables, s'acquittant de l'impôt sur le revenu, de la CSG et, d'autre part, de la CRDS, et les retraités et les chômeurs non imposables, exonérés de ces trois prélèvements. Un ressentiment croissant des retraités situés

juste au dessus des seuils d'imposition est à craindre, ce qui justifiera de nouvelles mesures d'exonération.

Votre commission prend acte de cette mesure décidée par le Gouvernement, mais s'inquiète du doigt qui est mis dans l'engrenage des exonérations, abattements, décotes et ristournes : est en cause le remboursement, en temps et en heure et de préférence avant le butoir fixé à 2014 par la loi, de la dette sociale auquel est affectée la CRDS.

Car, cette décision généreuse ne coûtera rien à l'Etat. Le Gouvernement et sa majorité ont jugé que, compte tenu des « excédents » de la CADES, ni la ristourne sur la CRDS activité, ni l'exonération de CRDS pour les retraités ne seraient compensées. Seule l'exonération de CRDS pour les chômeurs pourrait faire l'objet d'une exception qui est « à l'étude ».

Pour cette raison, votre commission vous propose un article additionnel après l'article 3, édictant une mesure générale de compensation des exonérations de CRDS.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Article additionnel après l'article 3

Compensation à la CADES des mesures d'exonération de la CRDS

Objet : Cet article additionnel prévoit la compensation à la CADES des mesures d'exonération de la CRDS.

Le dispositif résultant de l'article 3 est de nature à fragiliser la CADES et à reporter une nouvelle fois sur les générations futures le soin de financer les dettes contractées par leurs prédécesseurs.

Il est nécessaire de tout faire pour que la CADES ait terminé ses opérations avant le 31 janvier 2014. Il serait particulièrement imprudent d'anticiper, douze ans avant, sur une hypothétique « avance » de deux ans. Les choix retenus en 1996 et en 1998 étaient ambitieux : ils reposaient sur une prévision de croissance de la CRDS de 3,5 % par an.

Le coût total des exonérations prévues à l'article 3 est de 2,8 milliards de francs, soit près de 10 % du produit net de la CRDS en 2001. En 2003, ce coût sera de 4,1 milliards de francs.

Pertes de recettes pour la CADES résultant des dispositions du PLFSS 2001

(en millions de francs)

	2001	2002	2003
Exonération RDS sur revenus d'activité	625	1.250	1.875
Exonération RDS des retraités non imposables	1.811	1.850	1.900
Exonération RDS des chômeurs non imposables	373	373	373
TOTAL	2.809	3.473	4.148

Les pertes cumulées de recettes, entre le 1^{er} janvier 2001 et le 31 janvier 2014, sont estimées entre 50 et 60 milliards de francs.

En conséquence, votre commission vous propose, par analogie avec l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, posant le principe général de compensation par le budget général des exonérations de cotisations de sécurité sociale, d'édicter un principe général de compensation des exonérations de CRDS.

Cette compensation est possible et peut aisément s'imputer à due concurrence sur les 12,5 milliards de francs que lui verse chaque année la CADES et qui constitue une recette non fiscale du budget général. Ce versement, opéré depuis 1996 et jusqu'en 2009, est lié, sans qu'aucune disposition juridique ne le précise expressément, à la « reprise de dette » de 110 milliards de francs qu'avait financée l'Etat au titre des déficits d'avant 1994.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

Art. 3 bis (nouveau)
(art. 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999
et art. L. 136-2 du code de la sécurité sociale)

**Exonération de CSG et de CRDS de l'indemnité
de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante**

Objet : Cet article additionnel, adopté à l'Assemblée nationale à l'initiative de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, vise à confirmer l'exclusion de l'indemnité de cessation d'activité de l'assiette des cotisations sociales et de l'assiette de la contribution sociale généralisée.

I - Le dispositif adopté

Le **paragraphe I** complète l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, qui a institué à la fois une allocation de cessation anticipée d'activité et une indemnité de cessation d'activité au profit des travailleurs de l'amiante. L'indemnité est versée par l'employeur. Le paragraphe précise qu'elle est exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale.

Le **paragraphe II** complète le III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, qui énumère les différents revenus de remplacement non soumis à la CSG, en ajoutant un alinéa visant à inclure, parmi ces revenus, l'indemnité de cessation d'activité.

II - La position de votre commission

Dans l'état actuel du droit, l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale énumère les revenus de remplacement, les indemnités et les allocations chômage soumis à cotisations de sécurité sociale. Une cotisation d'assurance maladie maternité invalidité décès est prélevée sur les avantages alloués aux assurés en situation de préretraite ou de cessation d'activité. L'indemnité de cessation d'activité n'est pas, à la lettre, concernée par ce dispositif d'assujettissement, qui est tout à fait précis.

En revanche, le principe de la CSG est de n'accepter aucune exception qui n'aurait pas été précisément définie. Dans ce cas, prévoir que l'indemnité de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante n'est pas soumise à CSG est utile.

Cet article n'appellerait pas davantage de commentaires si les dispositions qu'il comporte n'avaient pas été déjà adoptées par le Parlement.

En effet, l'article 3 de la loi n° 2000-656 du 13 juillet 2000 de finances rectificative pour 2000 a prévu que « *l'indemnité de cessation d'activité prévue au V de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est exonérée d'impôt sur le revenu et exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale.* » Ces dispositions « *sont applicables aux indemnités de cessation d'activité perçues depuis la date d'entrée en vigueur de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée.* »

Dès lors, votre rapporteur s'interroge sur les raisons qui ont conduit à l'adoption de l'article 3 bis. S'agit-il de tirer les conséquences de l'adoption de l'article 3 de la loi de finances rectificative, en «toiletant» les dispositions du code de la sécurité sociale, objectif de lisibilité juridique que partage votre rapporteur ? S'agit-il d'annoncer à deux reprises la même mesure ?

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 3 ter (nouveau)
(art. L. 136-6, L. 133-1 et L. 135-3 du code de la sécurité sociale,
art. 1647 du code général des impôts et
art. 8 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)

Frais d'assiette de la CSG et de la CRDS

Objet : Cet article additionnel, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales contre l'avis du Gouvernement, tend à supprimer les frais d'assiette et de perception sur les impositions recouvrées par les services fiscaux et affectés à la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** tend à supprimer la retenue pour frais d'assiette et de perception, perçue par les services fiscaux, sur le produit de la CSG sur les revenus du patrimoine versée à la CNAMTS, à la CNAF et au FSV.

Le **paragraphe II** vise à supprimer l'article L. 133-1 du code de la sécurité sociale (frais de perception pour les cotisations recouvrées par le Trésor public), l'article L. 135-5 du code de la sécurité sociale (frais d'assiette et de recouvrement des impôts et taxes affectés au Fonds de solidarité vieillesse), le

paragraphe III de l'article 1647 du code général des impôts, qui pose le principe général instituant ces frais d'assiette et de recouvrement sur les recettes des organismes de sécurité sociale perçues par les services fiscaux, et l'article 8 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 (frais d'assiette et de recouvrement de CRDS).

Le **paragraphe III** constitue le « gage » de cet article. Il vise à majorer à due concurrence la taxe sur la valeur ajoutée, recette affectée au budget de l'Etat.

II - La position de votre commission

La question des frais d'assiette et de recouvrement de la CSG sur les revenus du patrimoine est un « **feuilleton législatif** », qui comprendra désormais trois épisodes.

Premier épisode, lors de la première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, l'Assemblée nationale avait adopté un amendement identique, présenté alors par M. Alfred Recours, rapporteur pour les équilibres généraux de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales. Cet amendement avait été supprimé en deuxième délibération à l'initiative du Gouvernement.

Le Sénat, à l'initiative de votre commission, avait adopté un amendement identique, qui avait été adopté dans les mêmes termes par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture.

Malheureusement, l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 n'est jamais entré en vigueur. Profitant de la discussion de la loi de finances rectificative pour 1998, le Gouvernement a subrepticement rétabli ce prélèvement (art. 39 de la loi n° 98-1267 du 30 décembre 1998) en abrogeant ledit article 8.

Deuxième épisode, lors de la première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, l'Assemblée nationale avait adopté à nouveau le même amendement, présenté alors par les trois groupes de l'opposition. Le Sénat avait adopté conforme cette disposition. Mais l'article 3 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 n'est jamais entré en vigueur. L'article 51 de la loi de finances rectificative pour 1999 n° 99-1173 du 30 décembre 1999 a supprimé cette disposition, en réinsérant, dans le code de la sécurité sociale, le paragraphe III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, sans la précision que le produit de cette contribution était versé « *sans déduction d'une retenue pour frais d'assiette et de perception* ».

L'impact financier avait pourtant été intégré dans les prévisions de recettes de la loi de financement.

Le troisième épisode résulte du présent article, adopté par l'Assemblée nationale à l'unanimité. Le coût pour l'Etat serait de 130 millions de francs, constituant autant de recettes supplémentaires pour la sécurité sociale.

La réalité est toute autre. Le présent article 3 ter a une portée beaucoup plus vaste que le dispositif adopté lors des deux dernières lois de financement de la sécurité sociale.

La suppression du paragraphe III de l'article 1647 du code général des impôts fragiliserait la base légale de l'ensemble des frais d'assiette et de recouvrement perçus par l'Etat sur les différentes cotisations ou contributions perçues pour le compte de la sécurité sociale. Ce paragraphe dispose en effet : « *Pour frais de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes (...). Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'Economie et des Finances* ».

Or, ce montant est élevé : 1.307,8 millions de francs en 1999 enregistrés sur la ligne 309 des recettes non fiscales¹.

Le « *taux de prélèvement pour frais d'assiette et de recouvrement opéré sur le produit des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine recouverts pour le compte de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale* » a été fixé, par arrêté du 26 août 1998, à 0,5 %.

Le présent article supprime en second lieu les frais d'assiette et de recouvrement de 0,5 % perçus par l'ACOSS sur la CSG sur les revenus d'activité et les revenus de remplacement à destination du Fonds de solidarité vieillesse (plus de 300 millions de francs en 1999), ainsi que sur la CRDS sur les revenus d'activité et les revenus de remplacement, à destination de la CADES (plus de 170 millions de francs en 1999). Dès lors, la disposition ampute également les recettes du régime général, puisque ces frais d'assiette et de recouvrement sont affectés au Fonds national de gestion administrative. Le gage financier de la mesure, qui laisse penser que seul l'Etat subit une baisse de ces ressources, est incomplet.

Votre commission vous propose de conserver le seul dispositif relatif à la CSG sur les revenus du patrimoine, effectivement chiffré à 130 millions de francs.

¹ Chiffre cité dans le rapport de la Cour des comptes sur l'exécution des lois de finances pour 1999, p. 55.

Elle réitère sa position constamment exprimée : la rémunération d'un service public par un autre service public, dans le cadre d'activités relevant directement de sa mission, pose -de manière générale- un problème de principe qu'il ne lui appartient pas de trancher.

La perception par l'administration fiscale de frais d'assiette et de recouvrement au détriment des régimes de sécurité sociale est discutable, alors même que l'Etat ne participe en aucune façon à la gestion d'un grand nombre de prestations versées en son nom par les administrations de sécurité sociale. Le coût de la gestion du RMI par les caisses d'allocations familiales a été ainsi évalué à 1 milliard de francs, sans qu'il y ait une quelconque participation de l'Etat aux frais de cette gestion.

La Cour des comptes a jugé le sujet suffisamment opportun pour « engager une étude d'ensemble de ce sujet dans la perspective du rapport sur l'application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000¹ ».

Dans l'attente de cette « étude d'ensemble », votre commission préfère conserver une disposition « symbolique » identique à celle adoptée par le Parlement à deux reprises. Il devient essentiel d'établir un bilan circonstancié de toutes les prestations versées par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat et de tous les services de l'Etat assurés pour le compte de la sécurité sociale. Mme la ministre de l'Emploi et de la Solidarité a annoncé « en accord avec le ministère de l'Economie et des Finances » que « cette question serait examinée sous ses divers aspects par l'ensemble des parties prenantes afin de trouver une solution équilibrée »².

Votre rapporteur espère naturellement que cet article « d'appel », en quelque sorte, ne sera pas supprimé par une disposition de la loi de finances rectificative pour 2000. Il suggère, en outre, que le Gouvernement dépose un amendement de suppression du gage qui serait... le gage de la pérennité du présent article.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

¹ Rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale, septembre 2000, p. 58.

² JO Débats AN, 3^{ème} séance du 25 octobre 2000, p. 7518.

Art. 4

*(art. L. 131-7-2 nouveau, L. 135-3, L. 241-1
et L. 241-6 du code de la sécurité sociale)*

Compensation de la réduction de la CSG

Objet : Cet article vise à compenser à la CNAMTS, au FSV et à la CNAF la réduction de CSG mise en place à l'article 2.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** de cet article vise à insérer, dans le code de la sécurité sociale, un chapitre premier quater au titre III (*dispositions communes relatives au financement*) du Livre premier (*Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base*) prévoyant la compensation par l'Etat de la réduction de certaines impositions affectées à la sécurité sociale.

En effet, l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, résultant de l'article 5 de la loi du 25 juillet 1994, ne concerne que les mesures d'exonération de cotisations.

L'article L. 131-7-2 nouveau n'édicte pas un principe général ; il fait explicitement référence à l'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 en prévoyant que la mesure de réduction de la CSG est « *compensée intégralement aux régimes de base de sécurité sociale et aux organismes créés pour concourir à leur financement* ».

Le **paragraphe V** de cet article constitue la mesure d'application de l'article L. 131-7-2 : « *dans les conditions fixées par la loi de finances pour 2001, l'Etat verse une fraction du produit de la taxe sur les conventions d'assurance* ». Cette fraction est « *d'un montant égal à la diminution de ressources résultant de l'article 2 de la loi de financement* ».

La clef de répartition est la suivante :

- 18,5 % à la CNAMTS ;
- 3,9 % à la CNAF ;
- 4,1 % au FSV.

Le **paragraphe II** de cet article ajoute aux ressources de la CNAMTS la mention d'une ressource supplémentaire, qui n'est pas nommée explicitement, mais qui par un mécanisme de double référence (référence à l'article L. 131-7-2, référence au V de l'article 4 de la loi de financement de la sécurité sociale pour

2001) est la taxe sur les conventions d'assurance. Il sera ainsi possible d'élever la fraction de cette taxe sans modifier à chaque fois l'énumération des ressources de la CNAMTS.

Les **paragraphes III et IV** de cet article procèdent de la même manière pour les ressources de la CNAF et du FSV.

Enfin, le **paragraphe VI** précise que les dispositions s'appliquent au produit de la taxe sur les conventions d'assurance perçue à compter du 1^{er} janvier 2001.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a préféré supprimer le principe de la création d'un chapitre premier quater et d'un article L. 131-7-2, au profit d'un article L. 136-9 du code de la sécurité sociale, faisant partie de la section V (*Dispositions communes*) du chapitre VI (*Contribution sociale généralisée*) du titre III.

Elle a précisé que la compensation avait lieu « *dans les conditions fixées par la loi de financement de la sécurité sociale et la loi de finances* ».

Elle a souhaité que la Commission des comptes de la sécurité sociale inclut chaque année, dans un de ses rapports, un bilan de l'application du mécanisme de compensation, comme pour les exonérations de cotisations.

L'Assemblée nationale a enfin, par cohérence avec le relèvement de 1,3 à 1,4 SMIC intervenu à l'article 2, élevé les fractions de la taxe sur les conventions d'assurance affectées à la CNAMTS (20,8 % au lieu de 18,5 %), à la CNAF (4,4 % au lieu de 3,9 %) et au FSV (4,6 % au lieu de 4,1 %).

Compensation de la ristourne de CSG par la taxe sur les conventions d'assurance

(en pourcentages et en millions de francs)

	%	2001
CNAMTS	20,8	5.880
CNAF	4,4	1.244
FSV	4,6	1.300
TOTAL	29,8	8.425

III - La position de votre commission

La rédaction de cet article laisse particulièrement perplexe votre rapporteur.

Il entend bien que le ministère de l'Economie et des Finances n'a pas souhaité prévoir une dotation budgétaire, qui aurait gonflé l'évolution générale des dépenses et a préféré ainsi recourir à une recette affectée.

Mais comment peut-on affirmer simultanément que la compensation de la ristourne de CSG sera « intégrale » et affecter à la CNAMTS, au FSV et à la CNAF une fraction de taxe, dont le produit est naturellement susceptible de variations par rapport à la prévision ? Faudra-t-il ajuster chaque année, en loi de financement et en loi de finances, les recettes aux besoins et se condamner à des régularisations de recettes sans fin ?

Votre rapporteur s'est demandé également de quelle manière les régimes maladie autres que la CNAMTS, qui bénéficient également de la CSG, seraient-ils compensés. En effet, la CANAM comprend des artisans et des commerçants qui bénéficieront du mécanisme de réduction de la CSG, comme la Caisse centrale de Mutualité sociale agricole comprend un grand nombre d'exploitants agricoles dont les revenus ne dépassent pas 1,4 SMIC.

Le Gouvernement explique que les dispositions de l'article 9 de la loi de financement de la sécurité sociale, ayant modifié la répartition de la CSG entre les régimes d'assurance maladie, feront que la CANAM et la MSA seront « automatiquement » compensées. Votre rapporteur ne peut que réitérer les critiques qu'il avait formulées à l'encontre du mécanisme présenté par le Gouvernement, particulièrement opaque.

Le « coût » du passage de 1,3 à 1,4 SMIC est compensé par l'affectation d'une fraction supplémentaire de la taxe sur les conventions d'assurance. Il en ressort que ce coût est chiffré à 940 millions de francs, s'ajoutant à l'impact initial de 7.500 millions de francs.

Cette taxe repose sur une assiette, peu dynamique, bien différente de celle de la CSG. Son destin serait plutôt de disparaître.

Votre rapporteur s'interroge sur les conditions de la compensation de la ristourne de CSG en 2003.

Le coût total de l'exonération de CSG pour la sécurité sociale est estimé en 2003 entre 25 et 30 milliards de francs, soit un montant équivalent au montant actuel de la taxe sur les conventions d'assurance (28,3 milliards de francs). Le choix de cette taxe est probablement dû à cette coïncidence.

Mais -arbitrage de dernière minute ?- 14,1 % de cette taxe (4 milliards de francs) sont déjà prévus pour le FOREC par le présent projet de loi. En conséquence, il faudra en 2003 soit opter pour une nouvelle taxe permettant de compenser intégralement l'exonération de CSG à la sécurité sociale, soit choisir une nouvelle fois de financer les trente-cinq heures au détriment du financement de la sécurité sociale.

Votre rapporteur se demande enfin pourquoi le Gouvernement a résisté à sa tentation préférée, celle de créer un fonds, qui aurait pu s'appeler « fonds de la compensation de la réduction de contribution sociale généralisée », doté d'un conseil d'administration et d'un conseil de surveillance... et dont le décret d'application ne serait paru que douze mois après le vote de la loi.

En conséquence de la position adoptée à l'article 2, votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 4 bis

(art. L. 213-1 du code de la sécurité sociale)

**Compétence territoriale de l'URSSAF pour les contrôles
de l'application de la législation de sécurité sociale**

Objet : Cet article additionnel, adopté à l'initiative de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, vise à permettre à une union de recouvrement de déléguer ses compétences à une autre union.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** de cet article complète l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, en précisant qu'une union de recouvrement « *peut déléguer à une autre union ses compétences dans des conditions fixées par décret* ».

Le **paragraphe II** de cet article procède à la validation formelle, sous réserve des décisions juridictionnelles passées en force de chose jugée, des contrôles en cours ou clos et susceptibles de recours, dès lors qu'ils ont été réalisés par des URSSAF pour le compte d'autres URSSAF.

II - La position de votre commission

Si l'article a tout d'une disposition de type « DMOS », l'annulation éventuelle de contrôles réalisés par des URSSAF en dehors de leur champ de compétence pourrait cependant avoir des conséquences financières significatives sur les comptes de la sécurité sociale. M. Alfred Recours, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, évalue à 352 millions de francs le montant des redressements en cause¹.

Le code de la sécurité sociale, pour sa partie législative, apparaît d'une étonnante discrétion sur les compétences des URSSAF. Il se borne à mentionner qu'elles assurent « *le contrôle et le contentieux du recouvrement* » des cotisations et de la CSG qu'elles recouvrent.

L'article D.213-1 du code découpe ainsi les circonscriptions des URSSAF : « *La circonscription territoriale d'une union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales correspond à la circonscription soit d'une caisse primaire d'assurance maladie, soit de plusieurs de ces caisses. Elle peut excéder le cadre du département en cas de circonstances exceptionnelles. Elle est fixée, ainsi que le siège de l'union, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.* ».

A la lettre, les dispositions ne font pas référence à une « compétence » territoriale ou à un « principe de compétence territoriale ». Pour des raisons évidentes, il n'en demeure pas moins que chaque URSSAF est « maître chez soi ».

Cette compétence territoriale touche à ses limites, en raison des entreprises disposant de plusieurs établissements et qui n'ont pas choisi de verser en un lieu unique (VLU).

La situation se règle aujourd'hui sur la base d'un « mandat » entre les URSSAF concernées. Ce mécanisme n'apparaît contraire à aucune disposition législative, ni même réglementaire. Il semble pourtant qu'un contentieux fondé sur la mise en cause de la compétence territoriale des inspecteurs du recouvrement se soit développé. A ce titre, la disposition apparaît nécessaire.

Pour autant, est-il nécessaire de recourir à la loi ?

Votre rapporteur estime que l'adoption du paragraphe I est à la fois excessive, si l'on se tient au champ des lois de financement de la sécurité sociale, et insuffisante, si l'on examine les « besoins » législatifs de la branche du recouvrement. Le projet de loi de modernisation sociale pourra être un support

¹ Cf. rapport AN, n°2633 tome I, p. 108.

législatif utile pour préciser les compétences des URSSAF, le rôle d'animation et de direction que joue l'ACOSS, etc.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 5

(art. L. 731-15, L. 731-19 et L. 731-21 du code rural)

**Simplification du calcul de l'assiette
des cotisations sociales des exploitants agricoles**

Objet : Cet article tend à simplifier les assiettes de cotisations des exploitants agricoles.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** modifie l'assiette des cotisations des exploitants agricoles soumis à un régime forfaitaire d'imposition, fixée par l'article L. 731-15 du code rural.

Il est proposé de prendre en compte les revenus des années n-3, n-2, n-1, et non plus ceux des années n-4, n-3, n-2.

Le **paragraphe II** modifie l'article L. 731-19 du code rural et introduit une dérogation au principe posé par l'article L. 731-15. Les exploitants agricoles pourront choisir, dans des conditions fixées par décret, de s'acquitter de leurs cotisations sur leurs revenus de l'année n-1.

Le **paragraphe III** modifie l'article L. 731-21 du code rural en renvoyant à un décret les conditions d'application de l'article L. 731-19, et notamment le délai minimal dans lequel les exploitants doivent choisir le système de l'année n-1. Pour ceux ayant dénoncé l'option de l'assiette annuelle, il n'est plus possible de demander ultérieurement le bénéfice de cette option.

Le **paragraphe IV** précise une disposition transitoire pour l'année 2001. Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ayant auparavant opté pour une assiette annuelle, se rapportent aux revenus professionnels de l'année n, la régularisation des cotisations prévisionnelles dues au titre de l'année 2000 est effectuée lorsque les revenus professionnels sont définitivement connus.

Le **paragraphe V** édicte une autre disposition transitoire. Jusqu'au 30 avril 2001, les exploitants agricoles qui avaient choisi l'assiette de l'année n peuvent renoncer à l'option de l'assiette annuelle n-1. Si l'option n'a pas été dénoncée, l'assiette des cotisations est déterminée selon le nouveau système de l'article L. 731-15 (revenus professionnels de l'année n-3, n-2, n-1).

Enfin, les exploitants agricoles peuvent exercer l'option prévue à l'article L. 731-19 du code rural (assiette annuelle) jusqu'au 30 avril 2001.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis, sous-amendé par la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, précisant que les exploitants pouvaient à nouveau choisir l'option annuelle au bout d'un délai de six ans, correspondant à deux cycles d'assiette triennale. La rédaction initiale « enfermait » les exploitants dans le système de l'assiette triennale.

Elle a adopté un amendement rédactionnel au IV de cet article.

Elle a également adopté, à l'initiative de M. Jérôme Cahuzac, trois amendements de simplification relatifs à la période de transition : si les professionnels n'ont pas opté expressément pour l'assiette annuelle, on considérera que l'assiette triennale est retenue.

En conséquence, le paragraphe VI nouveau a été ajouté, supprimant les articles L. 731-20 et L. 731-22 du code rural, que le Gouvernement avait négligé de supprimer, alors qu'il substitue un autre dispositif.

L'article L. 731-20 prévoit actuellement la possibilité pour un exploitant d'opter pour une assiette annuelle : le texte proposé par le Gouvernement prévoit cette option au nouvel article L. 731-19.

L'article L. 731-22 interdit aux exploitants ayant dénoncé l'option prévue à l'article 13 de la loi n° 91-407 du 31 décembre 1991 ou à l'article 35 de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 d'exercer l'option annuelle.

L'Assemblée nationale a également complété l'article 5 par un paragraphe VII (nouveau) et un paragraphe VIII (nouveau) précisant que le calcul de l'assiette des cotisants solidaires s'effectue sur le système de l'année n-1 ou à défaut sur une assiette forfaitaire déterminée dans des conditions fixées par décret.

Celle-ci est actuellement imprécise. En effet, l'administration et les caisses de Mutualité sociale agricole, en l'absence de textes, avaient retenu le

principe d'une assiette triennale. Mais une décision de la Cour de cassation du 25 juin 1998 a invalidé cette pratique.

Le recours à une assiette fondée sur les revenus de l'année n-1 permettra de l'aligner sur l'assiette de la CSG frappant les mêmes assujettis.

III - La position de votre commission

La réforme de l'assiette des cotisations sociales agricoles, consistant à passer du revenu cadastral au revenu professionnel, a représenté un chantier majeur, qui ne s'est définitivement achevé qu'en 1996.

Les exploitants agricoles disposent aujourd'hui de deux grands systèmes de calcul de cotisations sociales, qui dépendent de leur régime fiscal :

- pour les adhérents au forfait, le calcul se fait sur la moyenne triennale des années n-4, n-3, n-2, avec une option possible pour l'année n-1 ;

- pour les adhérents au réel, le calcul se fait sur la moyenne triennale des années n-3, n-2 et n-1, avec une option possible pour l'année n.

Il y a donc quatre systèmes différents d'assiettes de cotisations sociales.

Si les exploitants au réel sont en forte progression, ils demeurent très majoritairement dans le régime de l'assiette triennale.

Répartition des années de référence suivant le régime fiscal

	Nombre	%
Total des exploitants au forfait	283.979	100,0 %
- moyenne triennale	249.170	87,7 %
- option n-1	34.809	12,3 %
Total des exploitants au réel	307.209	100,0 %
- moyenne triennale	252.806	82,3 %
- option n	54.403	17,7 %
Total des exploitants	591.188	100,0 %
- moyenne triennale	501.976	84,9 %
- forfait	89.212	15,1 %

Source : ministère de l'Agriculture

Le système proposé par le Gouvernement représente un grand avantage : il retient deux assiettes de cotisations au lieu des quatre assiettes mises en place par la loi n° 94-114 du 10 février 1994 portant diverses dispositions concernant l'agriculture.

Les exploitants agricoles conserveront le choix entre un lissage du revenu assujéti par le calcul d'une assiette triennale et le choix d'une assiette annuelle optionnelle qui peut rapprocher l'année de cotisations des revenus professionnels pris en compte.

Cependant, comme la plupart des mesures de simplification, l'article 5 du projet de loi supprime un cas particulier. L'assiette de l'année n, qui concerne 54.000 des 307.000 exploitants au réel, est supprimée. Cette possibilité avait été souhaitée en 1994 par les organisations syndicales.

Ce dispositif pose aujourd'hui des problèmes de contrôle et de définition. En effet, les cotisations sociales agricoles sont calculées sur des revenus nets, après déduction des cotisations elles-mêmes. En conséquence, elles sont d'abord acquittées sur la base prévisionnelle des revenus de l'année n-1, puis régularisées au cours de l'année n+1 sur la base des revenus de l'année n, une fois ceux-ci connus.

Le choix de l'année n-1 plutôt que l'année n, que fait l'article 5, aligne les exploitants agricoles sur le droit commun des non-salariés.

Votre rapporteur estime que le dispositif du présent article, tel qu'amélioré par le travail important de l'Assemblée nationale, est une solution de compromis satisfaisante.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 5 bis (nouveau)
(art. L. 713-13 du code rural)

**Extension de la durée d'exonération de cotisations sociales
applicable aux jeunes agriculteurs**

Objet : Cet article additionnel, adopté par l'Assemblée nationale, porte de trois à cinq ans la durée d'exonération de cotisations sociales pour les jeunes agriculteurs.

I - Le dispositif proposé

A l'initiative de sa commission des Finances, saisie pour avis, l'Assemblée nationale a adopté le présent article additionnel qui modifie l'article L. 731-13 du code rural en portant de trois à cinq ans la durée de l'exonération de cotisations sociales dont bénéficient les jeunes agriculteurs, âgés de dix-huit à quarante ans.

II - La position de votre commission

Cet article additionnel modifie, en fait, l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, déjà adopté à l'initiative de M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des Finances.

Votre rapporteur souhaite rappeler que la première assemblée parlementaire ayant voté une telle disposition est le Sénat, à l'occasion de la discussion de la loi d'orientation agricole et à l'initiative de M. Dominique Leclerc, rapporteur pour avis de la commission des Affaires sociales. Cette disposition n'avait pas été retenue dans le texte définitif de la loi d'orientation agricole, en raison de l'opposition du Gouvernement, pour être finalement adoptée six mois plus tard lors de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

A l'occasion de la codification du livre VII du code rural, le taux de l'exonération (65 % au titre de la première année civile au cours de laquelle est accordée l'exonération, 55 % au titre de la seconde et 35 % au titre de la troisième) a disparu des dispositions législatives du code, ce qui montre les limites d'une codification « à droit constant » et pose un problème de principe : est-il souhaitable que le Parlement ne se prononce pas de manière explicite sur les taux d'exonération de cotisations sociales, à partir du moment où ces cotisations font partie des « prévisions de recettes » adoptées par le même Parlement ?

Le Gouvernement a finalement obtenu, à travers la codification, ce qu'il avait dans un premier temps concédé. En effet, M. Jean Glavany, ministre de l'Agriculture et de la Pêche, indiquait devant le Sénat, pour justifier le rejet de « l'amendement Leclerc » : « *Une modification des taux relève du domaine réglementaire et non du domaine de la loi. Enfin, le fait d'introduire une telle modification dans la loi nécessiterait une nouvelle loi pour modifier à nouveau ultérieurement les taux. Il ne me paraît pas de bonne méthode de rigidifier ainsi le système !* »¹.

L'application de l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a connu un certain retard : le décret n° 2000-1019 du 18 octobre 2000 relatif aux conditions d'exonération partielle en début d'activité des cotisations dues au régime de protection sociale des personnes non salariées non agricoles est paru au Journal officiel du 19 octobre 2000, alors que sa rédaction ne semblait pas particulièrement complexe.

Ce retard a entraîné un coût de gestion pour la MSA et une incertitude inutile pour les assujettis.

Les conditions d'installation des jeunes agriculteurs méritant d'être renforcées, compte tenu des résultats désastreux du Gouvernement en la matière, votre rapporteur est bien évidemment favorable au fond du dispositif.

Il souhaite que le ministère de l'Agriculture prenne des mesures d'application rapides. Il s'interroge sur les taux applicables à la quatrième et à la cinquième année. M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis, a annoncé en séance que cette exonération serait de 25 %. Il serait pourtant souhaitable que le taux d'exonération continue sur une pente dégressive (par exemple 25 % pour la quatrième et 15 % pour la cinquième année).

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

¹ JO Débats Sénat, séance du 27 janvier 1999.

Art. 6

(art. L. 136-4 et L. 136-5 du code de la sécurité sociale)

**Simplification du calcul de l'assiette de la CSG
sur les revenus professionnels des exploitants agricoles**

Objet : Cet article prévoit d'aligner la période de référence des revenus pour la CSG sur celle retenue pour les cotisations sociales, l'annualisation de l'assiette de la CSG pour les cotisants dits de « solidarité » et le transfert à la MSA du recouvrement de celle-ci.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** de cet article modifie l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, en alignant les périodes de référence pour le calcul de l'assiette de la CSG et de la CRDS sur le système retenu à l'article 5 pour les cotisations sociales : soit le choix de l'assiette triennale n-3, n-2, n-1, soit le choix de l'année n-1. Mais c'est l'option de l'année n-1 pour les cotisations sociales qui dicte le choix de la période de référence pour la CSG.

Dans le droit en vigueur, l'assiette de la CSG et de la CRDS est constituée de la moyenne des revenus professionnels assujettis pour la période triennale n-4, n-3, n-2. Il n'existe pas d'option possible pour l'année n ou n-1.

Le 2° du I opère un « toilettage » du code de la sécurité sociale, en supprimant la dernière phrase du troisième alinéa du I de l'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale, qui n'avait plus lieu d'être depuis le basculement de l'assiette des cotisations sur le revenu professionnel.

Le 3° du I met en place un nouveau système de calcul des assiettes forfaitaires provisoires, lorsque la durée d'assujettissement ne permet pas de calculer la moyenne des revenus professionnels se rapportant aux trois années.

Le 4° du I prévoit les modalités de calcul de l'assiette forfaitaire, lorsque l'importance de l'exploitation peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation.

L'assiette forfaitaire est alors calculée par le mécanisme suivant : assiette forfaitaire = importance de l'exploitation en % de la surface minimum d'installation * 1/3 de 2028 SMIC. Un plancher (800 SMIC) et un plafond (2028 SMIC) sont prévus.

Le 5° du I prévoit le cas où l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise ne peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation. Dans ce cas, l'assiette forfaitaire est égale à 1.000 fois le SMIC.

Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui débutent simultanément deux activités agricoles non salariées et qui ne peuvent être appréciées en pourcentage de la surface minimum d'installation, l'assiette forfaitaire calculée est augmentée de 800 SMIC.

Le 6° précise que le salaire minimum de croissance, l'importance de l'exploitation, ainsi que la valeur de la surface minimum d'exploitation sont appréciés au 1^{er} janvier.

Le 7° dispose que les revenus professionnels des personnes redevables de la cotisation de solidarité sont soumis à la CSG, les revenus à prendre en compte étant ceux de l'année n-1.

Une assiette forfaitaire provisoire, dont le montant est fixé par décret, est prévue pour les ressortissants de l'article L. 731-23 du code rural.

L'assiette forfaitaire est régularisée une fois les revenus connus.

Le **paragraphe II** de l'article propose une nouvelle rédaction du II de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale, en assujettissant, au titre de la CSG sur les revenus d'activité et non de la CSG sur les revenus du patrimoine, les revenus professionnels des personnes qui acquittent des cotisations de solidarité.

Les cotisants de solidarité sont de deux types :

- des 210.000 agriculteurs dont la superficie est inférieure au seuil d'assujettissement à l'AMEXA (article L. 731-23 du code rural) ;

- des 23.000 associés de sociétés dont l'objet est la mise en valeur d'une exploitation ou d'une entreprise agricole, lorsqu'ils perçoivent un revenu professionnel de celle-ci, mais ne participent pas eux-mêmes à l'exploitation ou à l'entreprise (article L. 731-24 du code rural).

Ils s'acquittent d'une CSG sur les revenus du patrimoine depuis l'adoption de l'article 7 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, qui a élargi la liste des revenus soumis à la CSG au titre des revenus du patrimoine. Comme le note M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des Finances, « *c'est au titre de cette disposition « balai » que les revenus soumis à cotisation de solidarité sont entrés dans le champ de la CSG sur les revenus du patrimoine* »¹.

¹ Avis n°2631, p. 39.

L'assujettissement de ces revenus à la CSG sur les revenus d'activité entraîne la compétence des caisses de mutualité sociale agricole, alors que les services fiscaux recouvrent actuellement cette CSG, au titre de leur compétence générale sur la CSG sur le patrimoine.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a adopté qu'un amendement de portée rédactionnelle au présent article.

M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis, a retiré, en séance, un amendement visant à prendre en compte, dans le calcul de la CSG, les déficits pour leur valeur réelle et non pour une valeur nulle.

Cet amendement tendait à aligner le calcul de la CSG sur celui des cotisations.

III - La position de votre commission

L'alignement de la période de référence des revenus pour la CSG sur celle retenue pour les cotisations sociales est une mesure de simplification qui rencontre l'assentiment de votre rapporteur.

Il reste à préciser un point mineur : définir une contribution forfaitaire provisoire pour les « cotisants solidaires ». La référence à un décret apparaît insuffisant, compte tenu du caractère « d'imposition de toute nature » de la CSG.

Votre rapporteur vous propose de la définir :

- soit sur la base d'une assiette forfaitaire tenant compte de l'importance de l'exploitation exprimée en pourcentage de la surface minimum d'installation ;
- soit sur la base d'une assiette forfaitaire de 200 SMIC.

Cette assiette forfaitaire sera naturellement régularisée.

L'exclusion pour le calcul de la CSG des déficits pour leur valeur réelle, chiffrée à 100 millions de francs par M. Jérôme Cahuzac, pose un problème de principe : les non-salariés non agricoles ne bénéficient pas de ce dispositif, alors que les exploitants agricoles, compte tenu de l'extrême variabilité du revenu agricole, disposent déjà d'un système dérogatoire, consistant à choisir entre une assiette triennale et une assiette fondée sur les revenus d'une année de référence (n-1 dans le cadre du projet de loi).

Votre rapporteur n'est pas défavorable au principe de la mesure.

Mais il serait alors indispensable d'étendre à l'ensemble des non-salariés la prise en compte des déficits pour leur valeur réelle. Or, une réforme de cette ampleur, qui présente le risque de modifier à nouveau la CSG des non-salariés, mérite d'être sérieusement étudiée et chiffrée. Pour certains salariés, restés dans une comptabilité recettes/dépenses, le report des exercices déficitaires est même impossible pour les cotisations sociales. Votre rapporteur rappelle à cet égard qu'il avait demandé à Mme Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, d'étudier la prise en compte des déficits dans le calcul des cotisations des non-salariés¹ et que ce sujet ne semble pas avoir mobilisé outre mesure le ministère de l'Emploi et de la Solidarité.

Compte tenu de la politique du Gouvernement diminuant *la base* de la CSG, il n'est pas étonnant que des revendications légitimes se fassent entendre pour en diminuer *l'assiette*.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article additionnel avant l'article 7

Affectation de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S)

Objet : Le présent article additionnel prévoit de répartir la C3S en pourcentage, et non plus au prorata des déficits comptables des régimes des non-salariés non agricoles.

Les régimes des non-salariés non agricoles, en dehors de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales, sont structurellement déficitaires.

En conséquence, ils bénéficient, depuis la loi du 3 janvier 1970, d'une imposition affectée, la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S), censée leur compenser les effets de l'extension du salariat. Cette C3S est répartie entre la CANAM, l'ORGANIC et la CANCAVA au prorata et dans la limite de leurs déficits comptables, mesurés en encaissements-décaissements.

Les excédents de C3S sont ensuite affectés pour partie, à titre dérogatoire en 1999, 2000 et 2001, au BAPSA, sous la forme d'un versement

¹ JO Débats Sénat, séance du 17 novembre 1999.

forfaitaire, et pour partie au Fonds de solidarité vieillesse. Des arrêtés des ministres chargés de la Sécurité sociale et du Budget, publiés au Journal officiel, procèdent à ces répartitions.

Ce mécanisme atteint aujourd'hui ses limites :

- il oblige à des régularisations complexes au titre de l'année antérieure ;
- il ne responsabilise pas les régimes des non-salariés, ceux-ci disposant d'un financement automatique de leurs déficits ;
- il fait dépendre l'affectation des excédents de C3S au Fonds de solidarité vieillesse (et par là-même au Fonds de réserve des retraites) de l'évolution des dépenses des régimes des non-salariés.

Affectation de la C3S entre les différents régimes de non-salariés

	1999	2000	2001
CANAM	1.770	8.410	5.856
ORGANIC	6.753	2.863	4.927
Régime complémentaire du bâtiment	295	261	298
CANCAVA	4.108	1.886	1.760
BAPSA	1.000	1.000	1.250
Total des transferts aux régimes	13.926	14.421	14.091
Total des recettes de C3S	17.302	18.330	19.180

Source : rapport CCSS septembre 2000

Le BAPSA bénéficie d'une affectation « exceptionnelle » de C3S en 1999, 2000 et 2001, afin de financer les mesures de revalorisation des retraites agricoles. Pourtant, le régime agricole a été exclu de l'affectation de la C3S par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Les excédents de C3S sont versés au Fonds de solidarité vieillesse : 2 milliards de francs en 1999¹, 4 milliards de francs en 2000 et 3,8 milliards de francs en 2001².

Votre commission estime que la répartition actuelle porte atteinte à la lisibilité des comptes : des arrêtés ministériels répartissent de manière tardive, et avec pour seul écho leur parution au Journal officiel, des sommes importantes.

Il apparaît nécessaire que le Parlement détermine lui-même ces affectations, par un système de pourcentages.

¹ Au bénéfice du Fonds de réserve (deuxième section du FSV).

² Au bénéfice de la première section, c'est-à-dire le FSV lui-même.

Comme l'année dernière à propos du mécanisme de répartition de la CSG, votre rapporteur ne prétend pas avoir trouvé un système « idéal ». Mais il est persuadé qu'il est plus logique et plus lisible d'affecter par une clef de répartition en pourcentage le produit d'une imposition affectée.

La détermination de cette clef de répartition suppose d'affecter une fraction de C3S légèrement supérieure aux déficits prévus des régimes des non-salariés.

**Nouveau système de répartition de la C3S
proposé par la commission des Affaires sociales**

(en pourcentages et en millions de francs)

	2001	%	Système proposé par la CAS 2001	%
CANAM	5.856	30,53	6.713	35,00
ORGANIC et régime complémentaire du bâtiment	5.225	27,24	5.754	25,00
CANCAVA	1.760	9,18	2.877	20,00
BAPSA	1.250	6,52	-	0,00
Total des transferts aux régimes	14.091	73,47	15.344	80,00
Fonds de réserve	-	0,00	3.836	20,00
Solde du compte (destiné au FSV sur l'exercice 2002)	5.089	26,53	-	0,00
Total des recettes de C3S	19.180	100	19.180	100,00

Dans le cadre du système proposé par votre rapporteur, les régimes des non-salariés seraient plutôt « gagnants » en 2001. La suppression de l'affectation de C3S au BAPSA ne modifie en rien le droit existant, puisque cette affectation déroge aux dispositions actuelles de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale.

Ce système aurait également l'avantage de procéder, en toute transparence, à l'alimentation du Fonds de réserve. Aujourd'hui, les excédents de C3S sont affectés au Fonds de solidarité vieillesse pour lui permettre de faire face à la baisse de ses recettes, décidée par le Gouvernement pour financer les trente-cinq heures. Il est plus logique de laisser le FSV en excédent, et d'affecter les excédents de C3S au Fonds de réserve.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

Art. 7

(art. L. 651-6 et L. 651-7 du code de la sécurité sociale)

Recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et application dérogatoire d'une comptabilité de caisse pour sa répartition

Objet : *Cet article prévoit diverses mesures d'ordre comptable relatives à la C3S.*

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** prévoit la suppression, à l'article L. 651-7 du code de la sécurité sociale qui détermine les règles applicables aux sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité, des références à divers articles du code de la sécurité sociale :

- l'article L. 133-1 qui prévoit un prélèvement du Trésor pour frais de perception sur les cotisations recouvrées au profit des organismes de sécurité sociale selon la procédure sommaire ;

- l'article L. 243-3 du code de la sécurité sociale précise que l'admission en non-valeur ne peut être prononcée par le conseil d'administration qu'après avis favorable de l'autorité administrative compétente et dans des conditions fixées par décret ;

- le premier alinéa de l'article L. 243-6 est relatif à la prescription biennale du remboursement des cotisations indûment versées.

Le B du I insère à l'article L. 651-6 un alinéa réintroduisant, de manière plus explicite, l'application des dispositions de l'article L. 243-3 et du premier alinéa de l'article L. 243-6 à la contribution sociale de solidarité.

Le **paragraphe II** tend à faire appliquer la règle des encaissements et des décaissements pour la prise en compte des déficits des régimes des non-salariés, alors même que les comptes de ces régimes sont disponibles en droits constatés.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rédactionnel présenté par la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales.

III - La position de votre commission

Les dispositions permettent à l'ORGANIC, chargée de recouvrer la C3S, d'apurer le montant des créances irrécouvrables concernant cette contribution et d'appliquer la prescription biennale aux contributions recouvrées, existent déjà dans le code de la sécurité sociale. Les dispositions du I opèrent une forme de « toilettage » de l'article L. 651-7 tentant de le rendre davantage lisible, mais également de régler le problème des créances antérieures à 1995. En effet, l'article 77 de la loi du 12 avril 1996, qui avait introduit l'article L. 651-7 dans le code de la sécurité sociale, était assorti d'une date d'effet à compter de la contribution due au titre de l'année 1995.

Les dispositions du deuxième paragraphe posent ce problème de principe : est-il souhaitable de laisser la répartition de la C3S s'effectuer selon le principe des encaissements-décaissements ou selon le principe des droits constatés ? Votre rapporteur entend les arguments liés à l'application des encaissements-décaissements : les comptes fournis par l'administration, à l'occasion de la Commission des comptes de la sécurité sociale, ainsi que les comptes des annexes du projet de loi de financement de la sécurité sociale, demeurent en encaissements-décaissements.

L'article 14 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 a maintenu le principe d'un calcul des déficits en encaissements-décaissements. Le Sénat ne s'était pas opposé à cette disposition. Votre rapporteur, attaché de longue date à la réforme des droits constatés, en avait néanmoins profité pour demander à Mme Martine Aubry, alors ministre de l'Emploi et de la Solidarité, des engagements sur la mise en place de la MIRCOSS, qu'il avait finalement obtenus, comme le débat en séance publique en témoigne¹.

Le contexte a toutefois changé. L'administration de la sécurité sociale, aidée par un cabinet comptable, a présenté des comptes en droits constatés, qui ont fait l'objet d'un « tome III », à l'occasion de la dernière réunion de la Commission des comptes. Le Parlement pourra ainsi suivre avec précision le calcul en droits constatés. Revenir à un système d'encaissements-décaissements ne serait pas apporter un signal « fort » à la poursuite de la réforme comptable, qui entraîne l'adoption par les organismes de sécurité sociale d'un plan comptable unique.

Par ailleurs, les excédents de la CNAVTS sont aujourd'hui affectés au Fonds de réserve selon le mode de comptabilisation des « droits constatés », ce qui montre que le « respect du Parlement » semble une justification à géométrie variable.

¹ JO Débats Sénat, séance du 16 novembre 1998.

Enfin, les dispositions de l'article additionnel avant l'article 7 que propose votre commission rendraient cette question obsolète à partir de la C3S prélevée en 2001.

En conséquence, votre rapporteur vous propose de supprimer cette disposition.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 8

(art. L. 241-13 du code de la sécurité sociale)

Application de la réduction dégressive de cotisations sociales patronales sur les bas salaires aux indemnités de congés payés versées par des caisses de compensation

Objet : Cet article précise que la réduction dégressive des cotisations sociales patronales sur les bas salaires ne s'applique pas aux indemnités de congés payés.

I - Le dispositif proposé

Le I de cet article complète le quatrième alinéa de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale, en précisant que la réduction n'est pas applicable aux cotisations dues au titre des indemnités de congés payés versées par les caisses de coopération dans les professions où elles sont instituées, principalement les professions du bâtiment.

Le II de cet article valide les décisions des organismes de sécurité sociale n'ayant pas appliqué la réduction aux indemnités de congés payés.

II - La position de votre commission

Cet article tend à prévenir un contentieux juridique, qui pourrait amener à augmenter le coût de la ristourne bas salaires, remboursée aux régimes de sécurité sociale par le FOREC¹.

L'article L. 223-16 du code du travail prévoit, dans certaines professions, industries et certains commerces, « *en particulier ceux où les salariés ne sont pas habituellement occupés de façon continue chez un même employeur au*

¹ Sur l'année 2000, compte tenu de l'absence de création du FOREC, ces dépenses sont prises en charge par l'ACOSS.

cours de la période reconnue pour l'appréciation du droit au congé», l'affiliation obligatoire à des caisses de congés mutualistes. L'objectif est de faciliter la détermination des droits des salariés et le versement des indemnités.

Les activités concernées, déterminées par décret, sont les suivantes :

- bâtiment et travaux publics (article D. 732-1 du code du travail) ;
- travail intermittent dans les transports (article D. 741-1 du code du travail) ;
- manutention des ports (articles D. 743-1 et D. 743-2 du code du travail) ;
- intermittents du spectacle (article D. 762-1 du code du travail).

Les charges sociales et fiscales afférentes à ces congés sont acquittées par les caisses en lieu et place des employeurs. L'indemnité de congés payés est versée directement au salarié, les cotisations salariales de sécurité sociale faisant l'objet d'un précompte.

Deux arrêts récents de la Cour de cassation semblent susceptibles de rendre applicable la réduction dégressive aux indemnités de congés payés.

En effet, même si la caisse de congés payés n'a pas la qualité d'employeur, même si l'indemnité de congés payés peut ne constituer qu'une part des rémunérations perçues au cours d'un mois civil, la Cour de cassation a jugé que l'exonération de cotisations d'allocations familiales prévue à l'article L. 241-6-1 du code de la sécurité sociale (abrogé à compter du 1^{er} janvier 1998) était applicable aux indemnités de congés payés servies par les caisses. Le raisonnement de la Cour s'appuie sur le fait que lesdites indemnités constituent un substitut de salaire, qu'elles s'apparentent donc à des gains et rémunérations (tels que définis à l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale) et que la loi n'a pas prévu d'écarter cette catégorie de rémunération du bénéfice de l'exonération.

Il est fondé de penser que ce raisonnement pourrait être étendu à l'exonération régie par l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale. En effet, son premier alinéa assoit l'exonération sur « *les gains et rémunérations tels que définis à l'article L. 242-1* » et son sixième alinéa n'exclut explicitement du bénéfice de la réduction que les « *gains et rémunérations versés par les organismes mentionnés à l'article premier de la loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de la poste et des télécommunications, par les employeurs relevant des dispositions du titre premier du livre VII du code de la sécurité sociale et par les particuliers employeurs* ».

Pour autant, il ne semble pas légitime d'appliquer la réduction dégressive de cotisations patronales aux indemnités de congés payés pour deux raisons :

- la première est qu'il n'existe pas de lien direct entre le montant de l'indemnité et le salaire habituellement versé, d'où le risque de voir appliquer un

allègement de cotisations destinées aux bas salaires à des salaires parfois payés bien au-delà de 1,3 SMIC ;

- la seconde, qui va également dans le sens de l'affirmation du lien entre niveau de salaire et applicabilité de l'exonération, est que le coût des congés payés mutualisés est pris en compte dans l'application de la réduction puisque l'allègement calculé dans les conditions de droit commun est ensuite majoré de 10 % pour les employeurs de salariés relevant des caisses de congés payés par le décret prévu au quatrième alinéa de l'article L. 241-13. Il est à noter que cette disposition n'existait pas dans le dispositif régi par l'article L. 241-6-1.

Le coût total de l'application de l'article L. 241-13 aux indemnités de congés payés s'élèverait à 1,35 milliard de francs.

Compte tenu du coût pour les finances publiques de l'application de la ristourne dégressive aux indemnités de congés payés, la validation « préventive » s'avère nécessaire.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 9

*(art. 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998,
art. 19 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000)*

Horaires d'équivalence, durées maximales de travail spécifiques et allègements de cotisations patronales de sécurité sociale

Objet : Cet article a pour objet d'ouvrir le bénéfice des allègements de cotisations sociales liés à la réduction du temps de travail à trente-cinq heures aux salariés soumis à des horaires d'équivalence et à ceux soumis à des dispositions spécifiques en matière de durée maximale du travail.

I - Le dispositif proposé

Le paragraphe I de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail prévoit que « *les entreprises qui appliquent un accord collectif fixant la durée collective du travail au plus soit à trente-cinq heures hebdomadaires, soit à 1.600 heures sur l'année et s'engagent dans ce cadre à créer ou à préserver des emplois, bénéficient d'un*

allègement de cotisations sociales défini à l'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale ».

Le **paragraphe I** de cet article 9 a pour objet de permettre, dans les secteurs dans lesquels sont appliqués des horaires d'équivalence, un accès aux allègements de cotisations sociales lorsque la durée équivalente est fixée par rapport à la nouvelle durée légale.

Le régime des heures d'équivalence a été modifié par la loi du 19 janvier 2000. Le quatrième alinéa de l'article L. 212-4 modifié du code du travail prévoit ainsi qu'« *une durée équivalente à la durée légale peut être instituée dans les professions et pour les emplois déterminés comportant des périodes d'inaction soit par décret, pris après conclusion d'une convention ou d'un accord de branche, soit par décret en Conseil d'Etat* ». Cet alinéa précise également que « *ces périodes ne constituent pas du temps de travail effectif mais peuvent être rémunérées conformément aux usages ou aux conventions ou accords collectifs* ».

Le **paragraphe II** complète l'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale créé par l'article 21 de la loi du 19 janvier 2000 relatif aux allègements de charges sociales dans le cadre de la réduction du temps de travail.

Il prévoit que pour certaines catégories de salariés relevant de dispositions spécifiques en matière de durée maximale du travail, il sera tenu compte du salaire minimum de référence correspondant à cette durée maximale pour le calcul de l'allègement institué par la loi du 19 janvier 2000. Cela revient à majorer le seuil de rémunération en-deçà duquel l'allègement est applicable de sorte que les professions soumises à des dérogations aux maxima de durée du travail comme le transport routier n'en seront plus exclues.

Le **paragraphe III** opère une modification comparable à celle du paragraphe I pour permettre aux secteurs dans lesquels sont appliqués des horaires d'équivalence de bénéficier des aides sous forme d'exonérations de charges sociales prévues par la loi n° 98-461 du 13 juin 1998.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Dans son rapport¹, M. Alfred Recours s'est interrogé sur le sens et la portée des modifications apportées par le texte du projet de loi au régime des heures d'équivalence. Il a notamment estimé que la rédaction proposée n'était pas

¹ Rapport n° 2633 au nom de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, M. Alfred Recours, rapporteur, tome 1, p. 119 et suivantes.

satisfaisante au regard des conditions posées par l'article L. 212-4 du code du travail qui font référence à l'intervention du pouvoir réglementaire pour la mise en place des heures d'équivalence.

Il a, en particulier, considéré que la référence faite à la « *durée considérée comme équivalente en application de dispositions réglementaires ou conventionnelles* » pourrait être interprétée comme une nouvelle voie de mise en place d'équivalences dispensée du recours au décret.

M. Alfred Recours a également souligné une ambiguïté dans la rédaction proposée s'agissant de la non-applicabilité de l'allègement aux salariés employés pour une durée inférieure à un mi-temps.

Compte tenu de ces différentes observations, le rapporteur de l'Assemblée nationale a défendu et fait adopter plusieurs amendements en séance publique.

Le premier amendement avait pour objet de lever l'éventuelle ambiguïté du texte du projet de loi en remplaçant la mention « *en application de dispositions réglementaires ou conventionnelles* » par celle de l'article L. 212-4 du code du travail qui mentionne le rôle du pouvoir réglementaire.

Le deuxième amendement adopté à l'initiative du rapporteur, après avoir été sous-amendé par le Gouvernement à des fins de précision, vise à ouvrir le bénéfice de l'allègement de cotisations sociales aux entreprises pour leurs salariés employés selon le régime des heures d'équivalence instituées antérieurement au vote de la seconde loi sur la réduction du temps de travail.

Enfin, M. Alfred Recours a fait adopter deux amendements rédactionnels ainsi qu'un amendement de cohérence entre les paragraphes I et III.

III - La position de votre commission

Votre commission souligne le caractère éminemment complexe des modifications proposées par le Gouvernement et l'Assemblée nationale pour essayer d'appliquer les textes législatifs relatifs à la réduction du temps de travail aux différents cas d'espèce ; les heures d'équivalence en constituent un bon exemple.

Cette situation est consécutive au choix du Gouvernement d'appliquer la réduction du temps de travail de manière autoritaire à l'ensemble des entreprises et à la nécessité qui en a résulté de conditionner l'accès aux allègements de charges sociales à la réduction effective du temps de travail.

Le Sénat a refusé cette logique lors de la discussion de ce texte. Il a privilégié une autre voie s'inspirant davantage des accords librement négociés entre les partenaires sociaux et d'un surcroît d'allègements de cotisations sociales sur les bas salaires. En conséquence, le Sénat avait supprimé, sur proposition de sa commission des Affaires sociales¹, les articles 19 et 21 du projet de loi. Rien ne semble devoir remettre en cause aujourd'hui cette position.

Dix mois après le vote de la loi Aubry II, il est quasiment impossible de déterminer si ces dispositions coûteuses ont créé des emplois.

Par contre, de nombreux observateurs considèrent que cette loi pourrait constituer un frein à l'activité dans le secteur caractérisé par des pénuries de main-d'œuvre. De nombreuses PME demandent que l'application de l'abaissement de la durée légale qui devait se faire au 1^{er} janvier 2002 pour les entreprises de moins de 20 salariés soit reportée de deux ans. Cette demande a d'ailleurs été reprise par un de nos collègues à travers une proposition de loi².

En outre, il convient d'observer que le Gouvernement n'a pas chiffré le coût des modifications apportées par le présent article aux lois «Aubry ». Or, à partir du moment où l'on étend les possibilités d'accéder aux allègements de charges sociales, on augmente les pertes de recettes pour les régimes de sécurité sociale, compensées par une augmentation des dépenses du FOREC.

Dans ces conditions, non pas tant pour manifester son désaccord avec les adaptations proposées concernant les heures d'équivalence mais pour rappeler son opposition à la politique menée par le Gouvernement en matière de réduction du temps de travail, **voire commission vous proposera d'adopter un amendement de suppression de cet article.**

¹ Voir notamment rapport n° 30 du Sénat au nom de la commission des Affaires sociales sur le projet de loi relatif à la réduction négociée du temps de travail, M. Louis Souvet, rapporteur, p. 327 et suivantes.

² Proposition de loi n° 44 (2000-2001) permettant de faire face aux pénuries de main-d'œuvre et de lever les obstacles à la poursuite de la croissance économique présentée par M. Alain Gournac.

Art. 10

(art. L. 131-9 du code de la sécurité sociale)

**Dépenses du fonds de financement de la réforme
des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC)**

Objet : Cet article vise à inclure dans le FOREC les dépenses liées à l'allégement « de Robien » et aux exonérations de cotisations d'allocations familiales.

I - Le dispositif proposé

Le I de cet article modifie l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale, relatif aux dépenses du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale, en ajoutant deux nouvelles mesures :

- l'allégement « de Robien », prévu aux articles 39 (aides offensives) et 35-1 (aides défensives) de la loi n° 93-1313 du 20 décembre 1993 modifiée, relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle ;

- les exonérations de cotisations d'allocations familiales, applicables à plusieurs catégories de salariés, prévues aux articles L. 241-6 et L. 241-6-4 du code de la sécurité sociale, et L. 741-5 et L. 741-6 du code rural.

L'article 58 du projet de loi de finances supprime deux exonérations de cotisations d'allocations familiales :

- l'exonération dans les zones de revitalisation rurale (article L. 241-6-2) ;

- l'exonération pour les entreprises nouvelles créées dans les zones défavorisées et exonérées d'impôt au titre de l'article 44 *sexies* du code général des impôts.

Ces dispositifs ne sont plus nécessaires en raison de la « ristourne fusionnée » et du nouvel allégement de charges prévu dans le cadre de la réduction du temps de travail.

Il reste à s'interroger sur la logique de supprimer deux dispositifs en loi de finances, transférés parallèlement au FOREC en loi de financement.

Deux mécanismes d'exonérations demeurent applicables :

- le premier aux salariés relevant des régimes spéciaux qui n'entrent pas dans le champ de l'article L. 711-113 du code de la sécurité sociale et du IV de

l'article premier de la loi du 4 août 1995 (article L. 241-6-4 du code de la sécurité sociale) ;

- le second aux salariés, y compris occasionnels, des entreprises et exploitants agricoles lorsque les gains et rémunérations sont inférieurs à 1,5 SMIC (articles L. 741-5 et L. 741-6 du code rural).

L'allègement de Robien représente un coût de 3,5 milliards de francs, tandis que le dispositif d'exonérations de cotisations d'allocations familiales a été chiffré pour 2001, compte tenu de la restriction de son champ d'action, à 130 millions de francs.

II - La position de votre commission

Lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, le Sénat s'était opposé à la création du FOREC, qui constituait un prétexte pour reporter une partie du coût des trente-cinq heures sur la sécurité sociale.

Les dispositions du présent projet de loi le confortent et, au-delà, dans ce refus (*cf. exposé général*).

Supprimant par ailleurs les nouveaux prélèvements affectés audit fonds de même que les différents branchements détournant, à son profit, les recettes des branches de la sécurité sociale, il serait injuste que votre commission ne propose pas de supprimer les dépenses supplémentaires que le présent article entend lui transférer.

Votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 11

*(art. L. 131-10 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale,
art. 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)*

Affectation de diverses taxes à des organismes de sécurité sociale

Objet : *Cet article procède à une réaffectation des droits sur les tabacs et des droits sur les alcools, au bénéfice du FOREC et au détriment de la CNAMTS et du FSV, ainsi qu'à l'affectation au même FOREC d'une fraction de la taxe sur les conventions d'assurance et de la taxe sur les véhicules.*

I - Le dispositif proposé

Le I de cet article affecte au FOREC 96,8 % des droits sur les tabacs, alors qu'il ne bénéficie dans le droit existant que d'une fraction de cette taxe « dans les conditions fixées par l'article 55 de la loi de finances pour 2000 ». Il bénéficie aujourd'hui de 85,5 % de 90,9 % (77,7 %, soit 39,5 milliards de francs).

Le II affecte au Fonds de financement de la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante 0,39 % des droits sur les tabacs. Il dispose actuellement de la même fraction : 0,41 % de 90,9 % (0,39 %).

Le IV affecte à la CNAVTS 2,81 % des droits sur les tabacs. La CNAMTS bénéficie aujourd'hui de 9,1 % des droits sur les tabacs et d'une seconde fraction de 6,89 %, au titre du financement de la couverture maladie universelle.

Répartition des droits sur les tabacs

	LFI 2000 et LFSS 2000	PLFSS 2001
Etat	5,90 %	0,00 %
CNAMTS	9,10 %	2,81 %
CNAMTS au titre de la CMU	6,89 %	0,00 %
FOREC	77,70 %	96,50 %
Fonds amiante	0,39 %	0,39 %

Le IV affecte au FOREC l'intégralité des droits de consommation sur les alcools :

- droits de l'article 402 *bis* du code général des impôts,
- droits de l'article 438 du code général des impôts,

- droits de l'article 520 A du code général des impôts,

- 55 % du produit du droit de consommation visé à l'article 403 (45 % restant affectés à la CNAMTS).

Répartition des droits 403 sur les alcools

	LFSS 2000	PLFSS 2001
CNAMTS	45 %	45 %
FOREC	47 %	55 %
Fonds de solidarité vieillesse	8 %	0 %

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 n'avait affecté au FOREC que 47 % des droits 403.

Le V affecte au FOREC la taxe sur les véhicules des sociétés visée à l'article 1010 du code général des impôts (4 milliards de francs).

Le VI affecte au FOREC une fraction de la taxe sur les contrats d'assurances visée à l'article 991 du code général des impôts.

Cette fraction est égale à 14,1 % (4 milliards de francs) pour l'année 2001.

Le VII précise que la nouvelle répartition des droits sur les tabacs s'applique aux sommes à recevoir à compter du 1^{er} janvier 2001.

Le VIII indique que la nouvelle répartition des droits sur les alcools s'applique aux sommes reçues à compter du 1^{er} janvier 2000. Un arrêté ministériel fixera la date et le montant du versement par le Fonds de solidarité vieillesse des sommes payées au titre de l'année 2000.

II - Les modifications apportées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de coordination, insérant un paragraphe IV *bis* et supprimant la référence, dans les recettes affectées au Fonds de solidarité vieillesse, des droits sur les alcools.

Elle a adopté, en outre, une série d'amendements rédactionnels.

III - La position de votre commission

Dans son exposé général (*cf. tome I*), votre rapporteur a longuement analysé les différents transferts de recettes et de dépenses qui l'ont conduit à constater que six articles du projet de loi étaient mobilisés pour garantir que « *tous*

les chemins mènent au FOREC ». Le présent article constitue en quelque sorte le cœur du dispositif auquel votre commission s'oppose.

Votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 12

*(art. L. 135-3 et L. 136-8 du code de la sécurité sociale,
art. 154 quinquies du code général des impôts)*

Modification des règles d'affectation de la CSG

Objet : Cet article tend à élever le taux de la contribution sociale généralisée affectée aux régimes d'assurance maladie et à diminuer le taux de la contribution sociale généralisée affecté au Fonds de solidarité vieillesse.

I - Le dispositif proposé

Le A du I porte le taux de la CSG affectée aux régimes maladie de 5,1 à 5,25 % pour les revenus d'activité et de 3,8 à 3,95 % pour les revenus de remplacement.

Le B du I porte le taux de la CSG affecté au Fonds de solidarité vieillesse de 1,3 % à 1,15 %.

Le C du I modifie l'article 154 quinquies du code général des impôts, en conservant une déductibilité fixée à 5,1 ou 3,8 points, alors que sa rédaction actuelle, inchangée, aurait conduit à une déductibilité fixée à 5,25 ou 3,95 points.

Le II précise les revenus concernés par le dispositif :

- revenus de l'année 2001 pour les revenus d'activité des salariés ou revenus professionnels pris en compte pour le calcul de la CSG due à compter de l'année 2001 pour les revenus professionnels ;

- revenus de l'année 2000 pour les revenus du patrimoine ;

- produits de placement sur lequel est opéré le prélèvement libératoire à partir du 1^{er} janvier 2001 ;

- tirages, événements sportifs et émissions postérieurs au 31 décembre 2000, sommes engagées et produits réalisés à compter du 1^{er} janvier 2001 pour la CSG sur les jeux.

Enfin, les règles de déductibilité et de non-déductibilité s'appliquent à compter des revenus de l'année 2001.

II - La position de votre commission

Cette modification d'affectation de recettes, qui porte sur 7 à 8 milliards de francs, n'est pas justifiée par un « besoin » de recettes nouvelles pour la CNAMTS. Il s'agit de compenser à la CNAMTS la perte de ses recettes sur les tabacs, qu'elle perd en vertu de l'article 11 au bénéfice du FOREC.

La CSG affectée au Fonds de solidarité vieillesse, dont les excédents devaient être affectés au Fonds de réserve, est en conséquence diminuée. Votre rapporteur n'est pas certain que la logique de baisser une ressource affectée à la « garantie de l'avenir des retraites », à cinq ans d'un choc démographique majeur, soit parfaitement comprise.

De plus, le système aboutit à renforcer la complexité de la « déductibilité » et de la « non-déductibilité » de la CSG.

Apparue en 1991 comme une contribution « non déductible » du revenu, ce qui fut confirmé en 1993, la CSG affectée à l'assurance maladie est, depuis 1997, déductible. Cette différence, qui apparaît sur les feuilles de paie et qui aboutit à un « net imposable » supérieur au « net effectivement versé », pouvait jusqu'à maintenant être expliquée par la différence des organismes bénéficiaires : la CSG famille et la CSG FSV servaient à financer des avantages non contributifs, tandis que la CSG maladie, entièrement déductible, se substituait à des cotisations maladie, déductibles de l'impôt sur le revenu.

Désormais, ce ne sera plus le cas puisque les 0,15 % de CSG maladie supplémentaire ne seront pas déductibles. Comprenez qui pourra.

Votre rapporteur note, non sans ironie, que la logique du Gouvernement aurait pu consister à ne pas diminuer les droits sur les tabacs affectés à la CNAMTS et à affecter une fraction de CSG au FOREC, en compensation d'une baisse de la CSG affectée au FSV. La tuyauterie aurait été plus simple, avec le seul défaut de la faire apparaître en pleine lumière.

Votre rapporteur n'entend pas compenser à la CNAMTS la perte des droits sur les tabacs, parce qu'il ne souhaite pas diminuer les droits sur les tabacs affectés à l'assurance maladie.

Votre rapporteur n'entend pas davantage diminuer la CSG affectée au Fonds de solidarité vieillesse, parce qu'il souhaite que les excédents du Fonds de solidarité vieillesse restent affectés au Fonds de réserve des retraites.

En conséquence de sa position sur l'article 11, votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 13

Prévisions de recettes par catégorie

Objet : Cet article présente, par catégorie, les prévisions de recettes pour 2001 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et des organismes créés pour concourir à leur financement.

I - Le dispositif proposé

L'article LO. 111-3 I 2° du code de la sécurité sociale dispose que la loi de financement de la sécurité sociale prévoit, par catégorie, les « *recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes concourant à leur financement* ».

Le détail de ces catégories n'est pas donné par la loi organique.

Depuis la première loi de financement, **sept catégories de recettes** sont proposées :

- 1°) **Les cotisations sociales effectives** comprennent tout à la fois les cotisations effectivement prélevées sur les différents types de revenus (salaires, revenus des entrepreneurs individuels, revenus de remplacement,...) ainsi que les cotisations prises en charge par l'Etat dans le cadre de sa politique de l'emploi (en dehors des cotisations prises en charge par le FOREC) pour alléger les charges des entreprises et permettre l'embauche de certaines catégories de chômeurs. Elles ne sont pas considérées comme une contribution de l'Etat au financement des caisses à qui ces cotisations sont dues. Les prises en charge de cotisations par les caisses de sécurité sociale concernent les praticiens et auxiliaires médicaux et s'ajoutent aux cotisations qu'ils paient directement.

- 2°) **Les cotisations fictives** correspondent au cas où l'employeur fournit directement des prestations sociales, sa contribution au financement de ces prestations étant ainsi appelée, conformément aux conventions de la comptabilité nationale. La mise en évidence de ces cotisations fictives permet de faire une analyse du financement de la sécurité sociale indépendamment de son organisation institutionnelle. Suivant cette définition, le financement de la protection sociale des fonctionnaires civils et militaires, des agents

titulaires de la SNCF, de la RATP et de la Banque de France apparaît ainsi assuré tout à la fois par des cotisations effectives et fictives.

- 3°) **Les contributions publiques** sont des participations du budget de l'Etat à certains régimes de sécurité sociale pour leur permettre de combler un déficit ou pour financer certaines charges supplémentaires. Ces contributions recouvrent pour l'essentiel les subventions d'équilibre versées à certains régimes spéciaux, et des remboursements de prestations (allocations aux adultes handicapés, par exemple). Elles sont prélevées sur l'ensemble des recettes fiscales et ne constituent pas des recettes affectées.

- 4°) Par ailleurs, certains régimes bénéficient **d'impôts ou de taxes** qui leur sont **affectés** de façon durable.

- 5°) **Les transferts** entre régimes sont des transferts internes à la protection sociale. Ils peuvent exister non seulement entre les caisses de sécurité sociale mais aussi entre ces dernières et les autres administrations et les employeurs quand ils agissent en tant que gestionnaires d'un système de protection sociale. Ces transferts peuvent prendre les formes suivantes :

- compensations : il s'agit de dispositifs assurant une solidarité financière totale ou partielle entre deux ou plusieurs régimes ;
- prises en charge de cotisations, opérées par un régime au profit de ses bénéficiaires (il s'agit notamment des cotisations vieillesse des parents au foyer) ;
- prises en charge par un régime de prestations versées par un autre régime pour le compte du premier.

- 6°) **Les revenus des capitaux** comprennent principalement les revenus de placement.

- 7°) Enfin, **les autres ressources** recouvrent des recettes de nature très diverse, notamment les recettes DOM et les recours contre tiers. Elles comprennent également les remboursements effectués par les pays étrangers au titre des conventions internationales de sécurité sociale, ainsi que diverses opérations de régularisation.

Le fait même que le Parlement adopte un article relatif aux prévisions de recettes représente un progrès considérable, intervenu grâce à la réforme constitutionnelle de 1996.

Mais, du fait d'une fiscalisation croissante des ressources, de la multiplication des fonds et de la complication des affectations de recettes, l'adoption par le Parlement de « sept chiffres », peu commentés et guère explicités, est aujourd'hui une « limite » importante à la crédibilité des lois de financement de la sécurité sociale.

Les limites de l'annexe d)

L'annexe d), censée expliciter ces catégories de recettes, présente des chiffres qui ne correspondent pas à ceux mentionnés à l'article 13. En effet, l'article LO. 111-4, qui dispose que l'annexe décrit « pour l'année en cours et l'année suivante, par catégorie, les ressources des régimes obligatoires de base », a été respecté à la lettre. Les recettes des organismes concourant au financement des régimes de base (Fonds de solidarité vieillesse, FOREC) ne sont pas comprises dans la catégorie « impôts et taxes » de la page 9 de l'annexe d), mais dans la catégorie « Transferts reçus », pour le FSV, et dans la catégorie « Cotisations effectives », pour le FOREC.

A l'inverse, l'article des prévisions de recettes, qui « prévoit, par catégorie, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement », selon les termes du 2° de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, inclut les recettes du FSV et du FOREC dans les « impôts et taxes affectés ».

Enfin, les cotisations prises en charge par la Sécurité sociale, intégrées dans les cotisations effectives de l'annexe d), sont éliminées dans la catégorie « cotisations effectives » de l'article 13, puisqu'elles constituent également des dépenses pour les régimes de sécurité sociale. De même, les transferts internes aux régimes de base sont éliminés. Ces opérations sont bien évidemment nécessaires afin d'éviter un double compte. Il serait cependant utile de le préciser à l'annexe d), l'explication n'étant fournie qu'à la page 16 de l'annexe c).

Une interprétation plus souple de la loi organique pourrait conduire à présenter une annexe d) correspondant à l'article des prévisions de recettes. Pour le moins, il serait souhaitable que l'administration présente après la page 9 de l'annexe d) une page supplémentaire permettant de détailler cet article « du premier coup d'œil ».

Les prévisions de recettes pour 2001 du projet de loi de financement de la sécurité sociale font apparaître une progression globale, par rapport aux prévisions retenues par la loi de financement pour 2000, de + 5,04 %, soit 94,6 milliards de francs de recettes supplémentaires.

Comparée à la nouvelle estimation pour 2000, cette progression serait de + 4,65 % (+87,6 milliards de francs).

Prévisions de recettes du PLFSS 2001

(en milliards de francs et en pourcentages)

	LFSS 2000 (1)	2000 (est.) (2)	PLFSS 2001 (3)	Variation (3)/(1)	Variation (3)/(2)
Cotisations effectives	1.043,7	1.050,7	1.085,2	+ 3,98 %	+ 3,28%
Impôts et taxes affectés	509,8	514,7	552,1	+ 8,30 %	+ 7,27%
Cotisations fictives	199,1	199,1	201,3	+ 1,10 %	+ 1,10%
Contributions publiques	68,8	72,4	67,8	- 1,45 %	- 6,35%
Transferts reçus	4,7	1,7	2,6	- 44,68 %	+ 52,94%
Revenus des capitaux	1,7	1,7	3,2	+ 88,24 %	+ 88,24%
Autres ressources	37,1	42,2	58,3	+ 57,41 %	+ 38,15%
TOTAL	1.875,9	1.882,9	1.970,5	+ 5,04 %	+ 4,65%

LFSS 2000 : déduction faite de la taxe sur les heures supplémentaires annulée par le Conseil constitutionnel

Aller au-delà de ces observations générales est un exercice particulièrement difficile, qui nécessite de « retraiter » l'annexe *d*) et d'utiliser au mieux l'annexe du projet de loi de finances « *Bilan des relations financières entre l'Etat et la protection sociale* ».

Les cotisations effectives : une forte progression, atténuée par la débudgétisation des exonérations de la loi de Robien

Les cotisations effectives représentent 1.085,2 milliards de francs en 2001, progressant de 4 % par rapport au montant voté en 2000.

Le détail permet de se rendre compte de la très forte progression des *cotisations salariales des salariés* (+ 5,6 %) et des *cotisations des actifs non salariés* (+ 7,25 %).

La baisse des cotisations prises en charge par l'Etat s'explique principalement par le transfert au FOREC du financement de l'exonération de Robien et des exonérations de cotisations d'allocations familiales décidée par le projet de loi.

Les cotisations effectives

	PLFSS 2000 (1)	LFSS 2000 (réal.) (2)	PLFSS 2001 (3)	Evol. (3)/(1)	Evol. (3)/(2)
Cotisations effectives	1.042.424	1.050.653	1.085.180	4,10 %	3,29 %
<i>Cotisations patronales des salariés</i>	749.077	751.568	779.618	4,08 %	3,73 %
<i>Cotisations salariales des salariés</i>	203.144	205.829	214.510	5,60 %	4,22 %
<i>Cotisations des actifs non salariés</i>	64.478	65.893	69.155	7,25 %	4,95 %
<i>Cotisations des inactifs</i>	4.926	4.745	4.895	- 0,63 %	3,16 %
<i>Cotisations d'assurance personnelle</i>	1.391	1.161	1.254	- 9,85 %	8,01 %
<i>Cotisations prises en charge par l'Etat</i>	19.408	21.457	15.748	- 18,86 %	- 26,61 %

Les cotisations fictives : un rythme très modéré d'évolution

Les cotisations fictives progressent à un rythme très modéré de + 1,1 %.

Le vote par le Parlement d'une catégorie « cotisations fictives » a représenté une grande étape dans la clarification des comptes. Elle apparaît cependant aujourd'hui insuffisante.

Votre rapporteur a interrogé le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sur la manière dont était calculée la progression des cotisations fictives.

« Le rôle d'une subvention d'équilibre... »

Question : De quelle manière est calculée la progression des cotisations fictives ?

Réponse : Les cotisations fictives mesurent la contribution des employeurs au financement du régime d'assurances sociales qu'ils organisent eux-mêmes pour leurs propres salariés ou ayants droit. Elles ne sont pas calculées selon un taux défini à l'image des cotisations effectives d'employeurs. Par analogie, elles ont le rôle d'une subvention d'équilibre une fois prises en compte les autres ressources. Leur progression est donc étroitement dépendante de l'évolution des dépenses et des autres ressources (cotisations salariés, autres ressources...).

La réponse du Gouvernement confirme le bien-fondé de créer une caisse de retraite autonome pour les fonctionnaires de l'Etat, bénéficiant d'un véritable taux de cotisations employeurs. La clarification des comptes publics rend cette évolution nécessaire.

Les contributions publiques : un léger recul du fait de la suppression de la contribution de l'Etat au FOREC

Les contributions publiques marqueront un léger recul en 2001, diminuant de 1 milliard de francs.

Ce recul global masque une augmentation des remboursements de prestation et des subventions d'équilibre. En effet, la lecture de l'évolution est particulièrement malaisée par la contribution au FOREC, qui aura cessé d'exister en 2001.

Le « détail » donné à la page 9 de l'annexe *d*) ne permet pas de distinguer cette contribution. Le reliquat de droits tabacs qui devrait revenir au FOREC en 2000, à la suite de l'adoption du collectif, est ignoré à l'annexe *d*), mais pris en compte par la nouvelle estimation présentée à l'annexe *b1*). Une harmonisation des annexes présentées au Parlement serait pourtant infiniment souhaitable.

Les contributions publiques

	LFSS 2000 (1)	LFSS 2000 (est.)(2)	PLFSS 2001 (3)	Evol. (3)/(1)	Evol. (3)/(2)
Contributions publiques	68.755	72.795	67.855	- 1,31 %	- 6,79 %
<i>Remboursements de prestations</i>	<i>31.912</i>	<i>34.252</i>	<i>35.645</i>	<i>4,08 %</i>	<i>3,73 %</i>
<i>Subventions d'équilibre</i>	<i>32.543</i>	<i>31.243</i>	<i>32.210</i>	<i>5,60 %</i>	<i>4,22 %</i>
<i>Contribution au FOREC</i>	<i>4.300</i>	<i>4.300</i>			
<i>Tabacs FOREC collectif 2000</i>		<i>3.000</i>			

Les impôts et taxes affectés : une progression très dynamique, en raison de la conjoncture et de l'affectation de nouvelles taxes au FOREC

La progression de 8,3 % des *impôts et taxes* affectés rend compte à la fois de l'hypothèse optimiste de croissance retenue pour 2001 et de l'affectation de nouvelles recettes au FOREC (extension de la TGAP, fraction de la taxe sur les conventions d'assurance, taxe sur les vignettes des véhicules des sociétés).

Cette catégorie apparaît aujourd'hui beaucoup trop agrégée.

Même « *le niveau de détail aussi fin que possible* »¹ de l'annexe d) ne permet pas de disposer d'une vision suffisamment exhaustive. Elle distingue la CSG, les autres impôts affectés à la sécurité sociale, les taxes alcools affectés à la CNAMTS, les droits sur les tabacs, la contribution sociale de solidarité sur les sociétés, non pas à hauteur de son produit, mais de son affectation aux régimes des non-salariés, et les autres taxes affectés à la sécurité sociale. Cette dernière catégorie recouvre notamment les taxes BAPSA, et en 2001, les fractions de la taxe sur les conventions d'assurance affectée à la CNAMTS, à la CNAF et au FSV.

Seule l'annexe du projet de loi de finances « *Bilan des relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale* » retrace, impôt par impôt, taxe par taxe le produit réalisé en 1999, l'estimation pour 2000 et la prévision pour 2001. Mais cette annexe n'est pas identique à l'annexe d), non seulement en raison de l'inclusion des recettes fiscales du FSV et du FOREC, mais également en raison de l'inclusion des recettes DOM, qui se situent en loi de financement dans la catégorie « *Autres ressources* ».

Votre rapporteur s'est fondé en conséquence sur le « *jaune budgétaire* » pour présenter les deux tableaux suivants, le premier par *imposition affectée* et le second par *régime ou organisme bénéficiaire*. Les recettes fiscales affectées aux « *fonds* » représentent 78,3 milliards de francs en 1999, contre 157,8 milliards de francs en 2001.

¹ Selon l'expression utilisée à la page 16 de l'annexe c).

La répartition des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale en 2001

(en millions de francs)

Impôts et taxes affectés	CNAMTS et régimes maladie	CNAVTS	CNAF	AUTRES REGIMES hors CSG (*)	FSV	F2R	FOREC	FCAATA	TOTAL
Contribution sociale généralisée	260 956		57 503		61 107				379 566
Taxe sur les conventions d'assurance	5 236		1 104		1 160		3 990		11 490
Taxe sur les primes d'assurance automobile	6 044								6 044
Taxe sur le tabac	1 512						52 078	210	53 800
Taxes sur les alcools	7 943						11 570		19 513
Contributions laboratoires et distributeurs pharmaceutiques	3 244								3 244

Taxes spécifiques BAPSA (dont TVA)				29 236					29 236
Taxe générale sur les activités polluantes							7 000		7 000
Contribution sociale sur les bénéfices							6 000		6 000
Taxe sur les véhicules de société							4 000		4 000
Taxe prévoyance					2 873				2 873
Contribution sociale de solidarité des sociétés				18 900					18 900
Droits de plaidoirie				93					93
Redevance hydrocarbures				16					16
Part taxe aide au commerce et à l'artisanat				300					300
Prélèvement social de 2 % sur patrimoine		3 450			2 300	5 750			11 500
TOTAL	284 935	3 450	58 607	48 545	67 440	5 750	84 638	210	553 575

FSV : Fonds de solidarité vieillesse, F2R : Fonds de réserve pour les retraites, FOREC : Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale, FCAATA : Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

(*) Autres régimes : régimes maladie et vieillesse des non-salariés, régimes spéciaux, BAPSA.

L'évolution des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale 1999-2001

(en millions de francs)

	1999	2000	2000/1999	PLFSS 2001	2001/2000
Régimes maladie y compris BAPSA (CSG, assurance, labos, prime assurance auto, droits tabacs, alcools, prélèvement 2 %...)	258 904	273 787	5,75%	284 935	4,07%
CNAF (CSG, assurance, prélèvement 2 %)	59 370	57 505	-3,14%	58 607	1,92%
CNAVTS (prélèvement 2 %)	5 241	3 309	-36,86%	3 450	4,26%
Divers régimes de sécurité sociale (C3S, plaidoirie, hydrocarbures, TACA)	17 553	18 409	4,88%	19 308	4,88%
Sous total	341 068	353 010	3,50%	366 300	3,76%
FOREC		58 393	-	84 638	44,95%
FSV	78 267	69 108	-11,70%	67 441	-2,41%
Fonds de réserve		5 405	-	5 750	6,38%
FCAATA		205	-	210	2,44%
Taxes spécifiques affectées au BAPSA (yc alcools BAPSA)	27 326	28 340	3,71%	29 236	3,16%
TOTAL	446 661	514 461	15,11%	553 575	7,60%

Les transferts reçus : une ressource à l'évolution heurtée

Une fois les transferts internes aux régimes de sécurité sociale éliminés, il ne reste qu'un montant résiduel. L'écart entre le montant fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (4,7 milliards de francs) et l'estimation 2000 disponible au mois de septembre (1,7 milliard de francs) s'explique par « *la non-consolidation du transfert de 2,9 milliards de francs mis à la charge de la CNAVTS au profit du Fonds de réserve* », selon l'annexe b1).

Le chiffre prévu pour 2001 est de 2,6 milliards de francs, sans qu'il soit possible de déterminer, au vu de l'annexe d), les raisons de cette évolution pour le moins heurtée.

Les revenus des capitaux : une ressource marginale promise à un bel avenir

La catégorie *Revenus des capitaux* augmente fortement en 2001 (+ 1,5 milliard de francs, soit une évolution de + 88,24 %), en raison des produits de placement générés par le fonds de réserve.

Les autres ressources : la présence des recettes exceptionnelles dont bénéficie le fonds de réserve explique leur forte augmentation

Sur l'année 2001, la catégorie « autres ressources » augmente fortement (+ 21,2 milliards de francs, soit + 57,41 %), en raison du versement de 18,5 milliards issus des licences des téléphones mobiles de troisième génération (UMTS) et 4,7 milliards de francs en provenance des caisses d'épargne.

Ces dernières observations montrent que les recettes votées en loi de financement, depuis 2000, sont gonflées par les recettes du fonds de réserve. Comptablement, le fonds de réserve n'étant que la deuxième section d'un « *organisme concourant au financement des régimes de base* », le Fonds de solidarité vieillesse, il est logique que ses recettes de l'année apparaissent dans les recettes de la loi de financement de la sécurité sociale.

Mais la présence de ces recettes, liée à la catégorie juridique embryonnaire de ce fonds, limite fortement l'intérêt des comparaisons d'une année sur l'autre et du rapprochement des prévisions de recettes aux objectifs de dépenses¹.

¹ cf. tome I, *Equilibres généraux, sur l'impossibilité de conserver « l'indicateur loi de financement »*.

Il est nécessaire de « retraiter » les prévisions de recettes, en diminuant :

- la catégorie *impôts et taxes affectés* de la fraction du prélèvement de 2 % affectée au fonds de réserve (5,41 milliards de francs en 2000, 5,75 milliards de francs en 2001) ;

- la catégorie *autres ressources* des versements des caisses d'épargne (4,719 milliards de francs en 2000 et 4,719 milliards de francs en 2001), du versement de la Caisse des dépôts et consignations (3 milliards de francs en 2000), des licences des téléphones mobiles de troisième génération (18,5 milliards de francs) ;

- la catégorie *transferts reçus* du transfert de l'excédent de la CNAVTS (2,9 milliards de francs en 2000) ;

- la catégorie *revenus des capitaux* du produit financier des placements du fonds, soit 0,2 milliard de francs en 2000 et 1,4 milliard de francs en 2001.

Prévisions de recettes du PLFSS 2001 hors recettes du Fonds de réserve

(en milliards de francs et en pourcentages)

	LFSS 2000 (1)	2000 (est.) (2)	PLFSS 2001 (3)	Variation (3)/(1)	Variation (3)/(2)
Cotisations effectives	1.043,7	1.050,7	1.085,2	+ 3,98 %	+ 3,28%
Impôts et taxes affectés	504,3	509,3	546,4	+ 8,35 %	+ 7,28%
Cotisations fictives	199,1	199,1	201,3	+ 1,10 %	+ 1,10%
Contributions publiques	68,8	72,4	67,8	- 1,45 %	- 6,35%
Transferts reçus	1,8	1,7	2,6	+ 44,44 %	+ 52,94%
Revenus des capitaux	1,5	1,5	1,8	+ 20,00 %	+ 20,00%
Autres ressources	34,1	34,5	35,1	+ 2,93 %	+ 1,74%
TOTAL	1.853,3	1.869,2	1.940,2	+ 4,69 %	+ 3,80%

LFSS 2000 : déduction faite de la taxe sur les heures supplémentaires annulée par le Conseil constitutionnel

Au-delà, il convient de s'interroger sur la pertinence de conserver les recettes du fonds dans les prévisions de recettes de la loi de financement. En effet, ces recettes vont être comptabilisées deux fois :

- une première fois de 2000 à 2020, dans la phase d'alimentation du fonds ;

- une seconde fois de 2020 à une date encore indéterminée, lorsque le fonds opérera des transferts aux régimes vieillesse.

Dans le même temps, il serait inopportun de supprimer toute référence au fonds dans la loi de financement. Ce texte législatif, même de manière imprécise, est aujourd'hui le seul moyen d'apprécier les flux financiers alimentant le fonds.

Pour ces raisons, la révision de la loi organique de 1996, afin de prévoir un statut spécifique au fonds de réserve, apparaît nécessaire.

De manière générale, votre rapporteur considère que la distinction des recettes par catégorie est fort intéressante à titre informatif, mais qu'elle se révèle beaucoup moins importante, et finalement moins lisible, que la distinction par branche ou par organisme. L'adoption, par l'ensemble des organismes de sécurité sociale, d'un plan comptable unique permettra beaucoup plus facilement de discuter d'un équilibre de la sécurité sociale, branche par branche.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a réservé la discussion de l'article 13 jusqu'après le vote de l'article 43, relatif aux objectifs de dépenses. Une telle procédure apparaît pourtant contraire à la Constitution. En effet, le texte de l'article 34 dispose que les lois de financement de la sécurité sociale (...) « *compte tenu de leurs prévisions de recettes, fixent ses objectifs de dépenses* ». Or, l'Assemblée semble avoir fait l'inverse, c'est-à-dire a prévu les recettes du projet de loi en fonction des objectifs de dépenses votés.

Votre rapporteur n'insistera pas sur les raisons « politiques » ayant motivé une telle démarche ; au-delà, le problème est lié au « traitement comptable » du fonds de réserve. L'affectation des licences UMTS est prévue à l'article 25, présent dans le titre III, intitulé « *Dispositions relatives aux dépenses et à la trésorerie* ». Pourtant, cet article, comme son exposé des motifs l'indique, « *complète les ressources du fonds de réserve des retraites* ».

L'architecture du projet de loi lui-même est en cause.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement, revalorisant les impôts et taxes de 1.900 millions de francs :

- 1.350 millions de francs de C3S affectée au BAPSA, en raison de la revalorisation des retraites : en effet, la part de la C3S présentée à l'article des prévisions de recettes est limitée à celle affectée aux régimes des non-salariés. Elle n'est pas égale au « produit » de la C3S, ce qui apparaît tout de même quelque peu absurde ;

- 130 millions de francs pour la suppression des frais de recouvrement et d'assiette sur la CSG prélevée par l'Etat, en raison de l'adoption de l'article 3 ter nouveau. En fait, les conséquences financières de cet article ne semblent pas avoir été perçues à leur juste mesure (*cf. commentaire de l'article 3 ter*) ;

- 450 millions de francs pour l'augmentation de la taxe sur les grossistes répartiteurs.

L'élévation du plafond à 1,4 SMIC pour bénéficier de la réduction dégressive de CSG n'a pas d'impact global sur la catégorie « impôts et taxes » affectés, la perte de CSG, *imposition affectée*, étant compensée par une fraction supplémentaire de taxe sur les conventions d'assurance, *taxe affectée*.

**Prévisions de recettes du PLFSS 2001
adoptées par l'Assemblée nationale**

(en milliards de francs)

Cotisations effectives	1.085,2
Impôts et taxes affectés	554,0
Cotisations fictives	201,3
Contributions publiques	67,8
Transferts reçus	2,6
Revenus des capitaux	3,2
Autres ressources	58,3
TOTAL	1.972,4

III - La position de votre commission

Il est inutile de préciser que votre commission n'entend pas poursuivre dans la voie tracée par l'Assemblée nationale, consistant à élever encore davantage les impôts et taxes affectés à la sécurité sociale.

L'impact des propositions de votre commission est le suivant :

- la suppression de l'article 10 a pour conséquence une augmentation des « cotisations effectives » de 3,63 milliards de francs, correspondant à la « rebudgétisation » des exonérations ARTT (loi « de Robien ») et de cotisations d'allocations familiales ;

- la suppression de l'article 11 a pour conséquence une diminution des « impôts et taxes affectés » de 15,1 milliards de francs, correspondant au refus d'affecter de nouvelles taxes au FOREC ou d'étendre la TGAP ;

- la suppression de l'affectation des licences UMTS à l'article 25 a pour conséquence une diminution de la catégorie « autres ressources » de 18,5 milliards de francs ;

- la suppression de l'article augmentant la taxe sur les grossistes répartiteurs a pour conséquence une diminution de la catégorie « impôts et taxes » de 0,45 milliard de francs.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement de coordination afin de traduire les votes précédemment émis par le Sénat.

TITRE III
-
**DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES
ET À LA TRÉSORERIE**

Section 1
-
Branche famille

Art. 14
(art. L. 841-1 du code de la sécurité sociale)
**Renforcement de l'aide pour l'emploi
d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA)**

Objet : Cet article a pour objet de modifier les montants et les conditions d'attribution de l'aide pour l'emploi d'assistante maternelle agréée

I - Le dispositif proposé

L'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) est prévue par l'article L. 841-1 du code de la sécurité sociale.

Elle est ouverte au ménage ou à une personne seule qui emploie une assistante maternelle agréée pour assurer la garde d'un enfant de moins de six ans.

Cette aide est destinée à couvrir le montant des cotisations patronales et salariales dues pour l'emploi de cette assistante au titre des assurances chômage, retraite complémentaire ainsi que la CSG.

Elle est accordée sans condition de ressources et est exonérée d'impôt.

Cette aide est complétée par une majoration qui subventionne tout ou partie du salaire net versé à l'assistante maternelle.

L'article apporte plusieurs modifications au régime de l'AFEAMA.

· Une modulation du montant de la majoration en fonction du revenu des familles

Le II de l'article L. 841-1 du code de la sécurité sociale est modifié pour prévoir cette modulation dans des conditions fixées par décret.

Trois niveaux de majoration sont annoncés par l'exposé des motifs :

- pour des revenus inférieurs à 9.400 francs mensuels, le montant de la majoration sera de 1.290 francs mensuels ;

- pour des revenus mensuels compris entre 9.400 francs et 13.000 francs, le montant de la majoration sera de 1.020 francs mensuels ;

- pour des revenus supérieurs à 13.000 francs mensuels, la majoration reste de 826 francs.

· Une modification du mécanisme de calcul de la majoration

La majoration ne pouvait excéder le montant du salaire net versé à l'assistante maternelle.

Le dispositif nouveau prévu par l'article 14 prévoit une baisse de ce plafond à 80 % du salaire net de l'assistante maternelle.

· La suppression de la possibilité de cumul à taux plein de l'allocation parentale d'éducation et de l'AFEAMA

Le présent article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

II - La position de votre commission

Le présent article, qui augmente la majoration d'allocation de l'AFEAMA, est le seul dispositif qui favorise le recours aux modes de garde individuels, dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 résolument tourné vers le renforcement des modes d'accueil collectif.

L'augmentation de la majoration d'aide devrait permettre à des familles modestes d'avoir recours aux services d'une assistante maternelle.

Le non-cumul prévu au 2° du paragraphe I entre l'allocation parentale d'éducation servie à taux plein et l'AFEAMA est acceptable puisque le congé parental d'éducation a pour objet, quand il est pris à plein temps, de permettre aux parents de garder eux-mêmes leur enfant.

En revanche, le présent article prévoit un abaissement du plafond de la majoration de l'allocation. Auparavant fixé à 100 % du salaire de l'assistante, ce plafond est abaissé à 80 %.

Une telle mesure pourrait accroître le coût du recours à une assistante maternelle pour les allocataires travaillant à temps partiel.

Partant du principe que les allocataires qui travaillent à temps partiel ont souvent des temps partiels non choisis, et une rémunération inférieure, il ne semble pas équitable de les pénaliser.

Aussi votre commission propose-t-elle de rétablir ce plafond à 100 %.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 15

Création de l'allocation et du congé de présence parentale

Objet : Cet article crée une allocation et un congé de présence parentale en faveur des parents souhaitant suspendre leur activité à plein temps ou à temps partiel pour accompagner un enfant gravement malade, accidenté ou handicapé

I - Le dispositif proposé

L'allocation créée par le présent article tend à compenser la cessation d'activité totale ou partielle de parents dont un enfant est gravement malade, handicapé ou accidenté.

Le **paragraphe I** de l'article procède à l'insertion de l'allocation de présence parentale dans l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale qui énumère les prestations prises en charge par la CNAF.

Le **paragraphe II** de l'article fixe les modalités du dispositif de l'allocation

Il ouvre d'abord ce droit aux personnes réduisant ou cessant leur activité professionnelle pour accompagner leur enfant malade, handicapé ou accidenté (*art. L. 544-1 nouveau*).

Ces personnes sont :

- des salariés (*art. L. 544-1 nouveau*),
- des non-salariés : non-salariés des professions non agricoles et leurs conjoints, praticiens médicaux et auxiliaires, non-salariés agricoles, employés de maison, VRP, demandeurs d'emploi indemnisés (*art. L. 544-7 nouveau*).

Cette allocation est ouverte sur présentation d'un certificat médical soumis à l'avis des services de contrôle médical prévus aux articles L. 315-1 et L. 615-13 du code de la sécurité sociale.

Le début de versement de la prestation a lieu au premier jour du mois suivant la demande (*art. L. 544-6*).

Son montant varie selon la réduction d'activité et sera fixé par décret (*art. L. 544-2*). Il serait, d'après l'exposé des motifs, de 3.000 francs en cas de cessation totale d'activité, 2.000 francs en cas de passage à une activité à 50 %, de 1.500 francs en cas de passage à une activité à 80 %. Ce montant prend en compte la composition de la famille.

Les deux parents ne peuvent cumuler deux allocations à taux plein, ou une allocation à taux plein et une allocation à taux partiel. Dans un cas de cumul de deux allocations à taux partiel, le montant total de l'aide pourra excéder celui d'une aide à taux plein (*art. L. 544-5*).

L'allocation est versée dans la limite d'une durée maximale fixée par décret selon la maladie, l'accident ou le handicap.

Comme l'allocation parentale d'éducation, l'allocation de présence parentale n'est pas cumulable avec d'autres prestations sociales (*art. L. 544-8*). Il existe une exception concernant la possibilité de cumul entre l'indemnisation des congés de maladie et d'accidents du travail et une allocation de présence parentale versée à taux partiel.

La période de perception de l'allocation est assortie d'une prise en charge de protection sociale (maladie, vieillesse sous condition de ressources) pour l'handicapé (*art. L. 381-1 et L. 161-9-1*).

Le **paragraphe VII** de l'article ouvre le droit à congé.

Par la modification de l'article L. 122-28-9 du code du travail, un droit à congé est ouvert pour les personnes remplissant les conditions de perception de l'allocation de présence parentale.

Ce droit à congé, dont les modalités seront définies par décret en Conseil d'Etat, recouvre :

- le droit de travailler à temps partiel,
- le droit d'un congé à temps plein entraînant la suspension du contrat de travail.

Ce droit à congé est renouvelable dans la limite de douze mois inclus.

La demande de congé ou de son renouvellement est faite à l'employeur au moyen d'une lettre recommandée avec demande d'avis de réception, assortie d'un certificat médical.

A l'issue du congé, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi équivalent.

II - Les modifications adoptées à l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements au présent article :

- trois amendements présentés par le Gouvernement ont étendu le dispositif (*art. L. 544-1*) aux trois fonctions publiques ;

- un amendement, également présenté par le Gouvernement, a précisé l'article L. 544-2. La dernière phrase : « *Il varie également en fonction de la composition familiale, dans des conditions fixées par décret* » est remplacée par « *Le montant de la prestation est majoré pour la personne assumant seule la charge dans des conditions fixées par décret* ». Cet amendement -dont votre rapporteur demandera au ministère de préciser l'interprétation- a été adopté pour cibler particulièrement la prise en compte de la situation familiale dans le cas de la perte de revenu d'activité pour les familles monoparentales ;

- un dernier amendement présenté par la commission assouplit la durée du congé qui varie, après l'amendement adopté par l'Assemblée nationale, selon les pathologies (*fin de l'article L. 544-1*).

III - La position de votre commission

Le Sénat a examiné, le 15 juin dernier, une proposition de loi ayant pour objet d'instituer une allocation de présence familiale. Le souci du Sénat était de prendre en compte les difficultés rencontrées par les familles dont l'enfant souffre d'une maladie grave.

Protéger l'emploi du parent qui choisit d'interrompre son activité professionnelle pour assister son enfant ; assurer un revenu de substitution à la famille pour compenser la perte résultant de la cessation d'activité : telle était l'ambition du Sénat.

Le Gouvernement avait alors opposé l'irrecevabilité financière de l'article 40 de la Constitution à la proposition du Sénat.

Annoncée lors de la Conférence de la famille, le 15 juin dernier, l'allocation de présence parentale ne reprend que partiellement la proposition du Sénat.

Le Sénat avait souhaité étendre la faculté de recourir à ce congé pour assister un proche en fin de vie. Lors du vote de la loi sur les soins palliatifs, un large consensus s'est dessiné pour rendre plus humaines les conditions entourant les soins de maladies douloureuses et incurables.

Le dispositif actuel ne touchera que 10.000 familles et ne coûtera que 500 millions de francs.

C'est une mesure importante et attendue par les familles dans ces cas difficiles, ce n'est pas une avancée déterminante de la politique familiale.

En outre, le dispositif qui prévoit la prise en charge de la protection sociale de bénéficiaires est aligné sur celui de l'allocation parentale d'éducation. L'affiliation à l'assurance vieillesse de base est prise en charge sous condition de ressources.

Cette condition de ressources n'est pas acceptable dans le dispositif de l'allocation de présence parentale pour une double raison :

- cette allocation procède de la solidarité nationale envers des familles durement touchées par la maladie, le handicap ou l'accident d'un enfant. La prise de ce congé est un droit qui ne doit pas se traduire par une suspension de l'acquisition des droits à la retraite, c'est-à-dire par un allongement non consenti de la durée de vie active du parent allocataire ;

- de surcroît, le coût de l'universalité de l'affiliation au régime général est encadré car les cotisations vieillesse de base au régime général sont prélevées sur un montant plafonné du salaire.

En conséquence, votre commission vous propose de supprimer cette condition de ressources à l'affiliation au régime d'assurance vieillesse.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 16

(art. L. 135-3 et L. 223-1 du code de la sécurité sociale)

Prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfant

Objet : Cet article vise à faire prendre en charge par la CNAF les majorations de pensions pour enfant versées auparavant par le fonds de solidarité vieillesse

I - Le dispositif proposé

Cet article procède à la mise à la charge progressive de la CNAF des majorations de pensions de retraite pour enfant.

Cette majoration est la plus ancienne de toutes les majorations de pension car elle a été instituée en même temps que le régime général sur laquelle elle s'appuie.

C'est l'article 68 de l'ordonnance du 19 octobre 1945 qui crée cette majoration, symbolique du consensus issu de la Résistance.

Pendant près de cinquante ans, elle a toujours été financée par la CNAVTS, car son caractère de prestation vieillesse n'a jamais été contesté.

A l'Assemblée nationale, plusieurs amendements de suppression ont été déposés dont celui de M. Georges Sarre, du groupe républicain, citoyens verts. Mme Muguette Jacquaint a fait part des réserves du groupe communiste sur le dispositif mais le présent article a été adopté, en définitive, sans modification.

En 1993, au regard des efforts fournis par le régime général, au titre de son redressement, le législateur a décidé de mettre à la charge de la solidarité nationale, via le fonds de solidarité vieillesse, le financement de cet avantage.

Cette majoration ne concerne que le régime général de base et les régimes alignés. Des prestations équivalentes existent pour les régimes spéciaux et complémentaires de solidarité.

Elle n'est ouverte qu'aux parents de trois enfants et plus et majore de 10 % les pensions des parents. Elle n'est pas imposable.

Cette majoration coûtera en 2000 de l'ordre de 14 milliards de francs pour le régime général et 3 milliards de francs pour les régimes alignés.

Le présent article prévoit ce transfert, par tranche progressive, commençant par un prélèvement de 2,9 milliards de francs pour 2001. Il dépassera les 20 milliards à terme.

II - La position de votre commission

Le Gouvernement justifie ce transfert en prétendant qu'il s'agit, d'une part, d'une prestation familiale et, d'autre part, qu'en la mettant à la charge de la CNAF et, eu égard à la situation de la branche famille, celle-ci se trouverait en quelque sorte pérennisée.

Or, il n'en est rien. La majoration de pension est par essence une prestation vieillesse. L'esprit de ses initiateurs, issus de la Résistance, était de prendre acte que les familles avec de nombreux enfants, trois ou davantage, ne peuvent se constituer un patrimoine en vue de la retraite comparable à celui des familles de plus petite taille (célibataires, couples sans enfant ou ayant un ou deux enfants).

Il s'agissait à l'époque de promouvoir le régime de retraite par répartition. La majoration a été adoptée en même temps que le régime général. Accorder un complément de revenu aux parents de familles nombreuses, c'est consentir une prime à ceux qui, par leurs choix familiaux, assurent la pérennité du système de répartition.

Tant le conseil d'administration de la CNAF que les associations familiales se sont unanimement élevés contre cette mesure qui n'a d'autre fondement que d'alléger les charges du fonds de solidarité vieillesse lui-même lourdement mis à contribution par ailleurs pour financer le FOREC.

Dit autrement, le présent article, faussement présenté comme une façon de « sécuriser » un avantage vieillesse, représente une ponction sur la branche famille destinée à financer les trente-cinq heures.

Votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 17

(art. L. 532-4-1 nouveau du code de la sécurité sociale)

**Cumul de l'allocation parentale d'éducation (APE)
avec la reprise d'une activité professionnelle**

Objet : Cet article a pour objet de favoriser la sortie du dispositif d'allocation parentale d'éducation en permettant le cumul temporaire entre revenu d'activité et l'allocation.

I - Le dispositif proposé

L'allocation parentale d'éducation (APE) n'est pas cumulable avec une activité professionnelle.

Au regard des difficultés de retour à l'emploi rencontrées par les bénéficiaires de l'APE, le présent article vise à permettre un retour anticipé des bénéficiaires sur le marché du travail.

A cette fin, un article L. 532-4-1 est créé pour ouvrir la possibilité d'un cumul à taux plein durant une période fixée par décret de l'allocation de présence parentale et des revenus d'activité.

Cette durée pourrait être de deux mois. Les mesures d'application ne devraient ouvrir droit à cumul qu'entre le 18^e et le 30^e mois de l'enfant.

Le second alinéa de l'article proposé prévoit que le droit à l'APE à taux plein ne peut être réouvert qu'en cas de changement de la situation familiale du bénéficiaire.

Cette mesure présentée comme favorable aux familles se traduirait dans les comptes de la branche par une économie de 64 millions de francs en 2001.

Le présent article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

II - La position de votre commission

Selon le Gouvernement, l'allocation parentale d'éducation freinerait l'emploi des femmes.

S'appuyant sur une étude du CREDOC qui soutiendrait que le taux d'activité des femmes à la sortie du congé parental d'éducation serait inférieur au taux d'activité féminin global, le Gouvernement souhaite encourager une sortie plus précoce du dispositif.

L'explication d'un tel résultat est pourtant due au fait que de nombreuses femmes choisissent de prendre un nouveau congé au titre d'une nouvelle naissance.

En réalité, l'origine de cet article est double :

- le dispositif renforcé en 1994 par un assouplissement des conditions d'ouverture (dès le deuxième enfant), a connu un très grand succès que traduisent les 500.000 familles bénéficiaires et les 18 milliards de francs versés à ce titre par la branche famille. Le Gouvernement cherche en réalité davantage à limiter le coût d'une allocation au fort succès ; le rapport Génisson, remis à ce titre, parlait de « dérapages financiers » ;

- une vision idéologique du rôle de la femme dans la société. Votre commission entend, à la suite du Président de la République, promouvoir la neutralité de la politique familiale. A ce titre, il appartient aux familles, et aux femmes, de décider de l'équilibre à choisir entre temps familial et temps professionnel.

Votre commission ne propose pas la suppression de l'article car ce dispositif est une faculté ouverte aux familles.

Il attire néanmoins l'attention sur un point : le dernier alinéa de l'article dispose qu'un allocataire ayant repris une activité ne pourra se voir réouvrir une allocation parentale d'éducation au titre du même enfant.

Une telle disposition, qui est justifiée d'après l'exposé des motifs par le souci de ne pas voir le dispositif détourné, risque de conduire à de grandes iniquités.

Les allocataires qui se verraient proposer un contrat à durée déterminée (CDD) ne pourraient, sous peine de perdre leurs droits à l'allocation parentale d'éducation, rentrer provisoirement sur le marché du travail.

Sous le bénéfice de cette observation, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 18

Fonds d'investissement pour les crèches

Objet : Cet article tend à créer, au sein du Fonds national d'action sociale de la CNAF, un fonds d'investissement pour les crèches.

I - Le dispositif proposé

Cet article crée, au sein du Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNAS) de la CNAF, un fonds d'investissement pour les crèches.

L'objet de ce fonds d'investissement est d'apporter aux collectivités locales et aux associations gestionnaires des aides à la création d'équipements ou services d'accueil de la petite enfance.

La recette unique du fonds est constituée par l'excédent de l'exercice 1999 de la branche famille, à hauteur de 1,5 milliard de francs. Un suivi des dépenses de ce fonds, individualisées en « dépenses exceptionnelles » au sein du FNAS, sera réalisé par exercice. A l'issue de la consommation complète des 1,5 milliard de francs inscrits au compte de réserve spécifique de la branche famille, les opérations du fonds seront terminées.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau, présenté au nom de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, tendant à modifier l'appellation du fonds. Le « fonds d'investissement pour les crèches » est devenu le « fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance », le mot de « crèches » ayant été probablement jugé trop réducteur.

Par ailleurs, l'objet du fonds a été précisé, pour qu'il puisse créer des « crèches innovantes » et des « structures multi-accueil ».

III - La position de votre commission

Deux préoccupations constantes expliquent les raisons pour lesquelles, au-delà de l'objectif consensuel d'augmenter le nombre de places de crèches, votre commission vous propose de modifier considérablement la rédaction de cet article :

- premièrement, cet article crée un fonds supplémentaire, alors que votre commission est très réservée sur la multiplication des fonds sociaux, qui parcellisent le financement de la protection sociale¹ ;

- deuxièmement, il touche au sujet hautement sensible de l'affectation des excédents de la branche famille.

¹ Cf. tome I « Equilibres financiers généraux ».

Le présent article crée un fonds supplémentaire, alors que la CNAF dispose déjà du Fonds national d'action sociale, dont les prévisions de dépenses s'élèvent pour 2000 à 14,6 milliards de francs. Il s'agit principalement de dépenses d'intervention, correspondant à des aides attribuées directement aux familles, à des services et équipements sociaux ou à des actions conduites par les associations ou collectivités locales, ou par les caisses elles-mêmes.

Dès lors, votre rapporteur ne comprend pas l'utilité de créer un fonds supplémentaire, alors qu'il suffit de doter le FNAS de la même somme (1,5 milliard de francs), en précisant son affectation. L'Etat, qui dispose du pouvoir de tutelle sur la CNAF, le Conseil de surveillance et le Parlement pourront contrôler l'utilisation conforme de ce crédit par rapport aux objectifs assignés par la loi.

Force est de constater que le Gouvernement propose d'ailleurs, sans que cette disposition ne soit proposée à l'approbation explicite du Parlement et sans que l'objet des dépenses ne soit davantage précisé, d'affecter 1,7 milliard de francs en 2001 au FNAS.

La seconde préoccupation de votre commission est de veiller à la séparation comptable des branches. Or, cet article touche, pour la première fois dans une loi de financement, à l'affectation passée des excédents de la branche famille.

Le Gouvernement présente volontiers cette mesure comme une « mesure nouvelle », bénéficiant aux familles. Or, il ne fait que redonner pour partie aux familles le fruit d'un excédent entre les prélèvements affectés à la branche, alimentés par les entreprises et les Français, et les dépenses raisonnables de cette branche.

Dans le cas précis, la loi famille avait prévu un accroissement de l'enveloppe des prestations de service de 3 milliards de francs sur la période 1995-1999. Au total, seulement 2,13 milliards de francs ont été dépensés. Il reste donc un solde de 870 millions de francs.

Il n'existe pas de disposition générale, dans le code de la sécurité sociale, relative à l'affectation de ces excédents¹. Ils ne sont pas reportés d'une année sur l'autre, à la différence des « fonds » de la protection sociale : la notion de « solde cumulé » de la branche famille n'a pas de sens.

¹ La situation est identique pour la branche accidents du travail et pour la branche maladie. En revanche, depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, les excédents de la CNAVTS sont « précomptés » pour une affectation au Fonds de réserve des retraites.

En conséquence, il apparaît important de « sanctuariser » ces excédents et de créer un *compte de réserve spécifique* au sein de la CNAF. Ce principe général trouve toute sa place dans le code de la sécurité sociale.

L'affectation de ces excédents sera décidée, au cas par cas, par le législateur, dans le cadre des lois de financement. Afin d'associer les partenaires sociaux à des décisions importantes, le Conseil d'administration de la CNAF sera consulté.

En application de ce dispositif général, votre rapporteur vous propose d'affecter au FNAS, au titre des excédents de la branche famille, 1,5 milliard de francs, afin de financer des dépenses d'investissement des crèches. Sur le fond, le résultat sera identique à l'effet recherché par le Gouvernement : 40.000 places supplémentaires de crèches.

Reste entier le problème de leur coût de fonctionnement.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Section 2

-

Branche vieillesse

Art. 19 A (nouveau)

Abrogation de la loi du 25 mars 1997 créant les plans d'épargne retraite

Objet : Cet article porte abrogation de la loi du 25 mars 1997 créant les plans d'épargne retraite.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative de M. Gremetz, Mmes Jacquaint, Fraysse et les membres du groupe communiste appartenant à la commission des affaires culturelles, constitue la deuxième tentative d'abrogation de la loi n° 97-277 du 25 mars 1997 créant les plans d'épargne retraite, dite « loi Thomas ».

1°) Une première tentative en 1998

Lors de l'examen du projet de loi de financement pour 1999, un amendement similaire des mêmes signataires auxquels s'était joint M. Alfred Recours, rapporteur, et qui avait été adopté par la commission des affaires culturelles.

Au nom du Gouvernement, Mme Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, avait déclaré ne pouvoir « *qu'être d'accord avec le souhait d'abroger cette loi* »¹. Mais avait-elle ajouté, « *un tel amendement ne me semble pas avoir sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale... parce qu'il constituerait, sur le plan juridique, un cavalier sans lien direct avec la loi de financement de la sécurité sociale* »².

¹ JO Débat AN 2^{ème} séance du 28 octobre 1998 p. 7527.

² Ibidem, p. 7528.

Aussi indiquait-elle : « *le Gouvernement s'engage à abroger la loi Thomas dès que le support juridique adéquat se présentera. Je pense que le DMOS qui sera examiné au début de l'année 1999 (sic) en offrira l'occasion* »¹.

Revenant un peu plus tard sur ce point, elle déclarait encore : « *nous avons consulté tant les juristes que le Secrétaire général du Gouvernement. Aujourd'hui il est clair que ni vous-même, ni même le Gouvernement parce que ce n'est pas l'objet initial du texte et parce qu'il n'aurait pas de conséquences sur le financement de la sécurité sociale, ne pouvaient déposer un amendement* »².

M. Dominique Strauss-Kahn, ministre de l'Economie, des Finances et de l'Industrie, qui s'était déplacé à cette occasion pour soutenir sa collègue du Gouvernement, considérait pour sa part : « *l'abrogation de cette loi serait même à la limite inutile car les décrets d'application n'ont jamais été pris par le Gouvernement en sorte qu'elle ne peut avoir d'application concrète* », et annonçait : « *le Gouvernement présentera très rapidement, en 1999 (sic), un texte spécifique ou, à l'occasion d'un autre texte, un certain nombre d'articles, définissant les caractéristiques d'un produit d'épargne collectif, destiné au plus grand nombre, contrôlé par les salariés, engageant la solidarité, ne mettant pas en cause le système de répartition tout en répondant à un besoin d'épargne individuel et à un besoin d'accumulation du capital sur le sol national* ».

Suivait un long débat qui n'occupe pas moins de neuf pages au Journal officiel des débats, marqué par le retrait de l'amendement, puis sa reprise, ponctué de suspensions de séance et s'achevant par le rejet de l'amendement par scrutin public par 135 voix contre 0.

Entre temps, M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des finances, avait fait valoir que « *si l'amendement avait été adopté, nous courrions le risque d'une censure par le Conseil constitutionnel* ».

En définitive, lors de l'examen du rapport d'orientation annexé à l'article premier de ce projet de loi, le Gouvernement déposait et l'Assemblée nationale adoptait un amendement ainsi libellé : « *La loi n° 97-277 du 25 mars 1997 créant les plans d'épargne retraite ne constitue pas une bonne solution pour l'avenir de notre système de retraite ; elle favorise clairement les salariés aux revenus les plus élevés, privilégie une approche individuelle et fragilise les comptes de la sécurité sociale. Elle va à l'encontre de la politique qu'entend mener le Gouvernement dans le domaine des retraites. En conséquence, le Gouvernement proposera au Parlement en 1999, dès qu'un support législatif le permettra, l'abrogation de cette loi.* »

¹ Ibidem p. 7528.

² Ibidem p. 7531.

Ce n'est toutefois que le 24 mai 2000 qu'a été déposé le projet de loi de modernisation sociale (ex DMOSS)¹. Ce texte qui, selon la ministre, devait être discuté début 1999, ne le sera *a priori* que début 2001.

Son article 11 tend effectivement à abroger la loi Thomas. Mais l'exposé des motifs fait apparaître que les choses sont plus compliquées qu'il n'y paraît de prime abord :

« L'article 11 abroge la loi n° 97-277 du 25 mars 1997 créant les plans d'épargne retraite. Cette abrogation exprime la volonté du Gouvernement d'assurer en priorité la pérennité des régimes de retraite par répartition. »

« Dans la mesure où la portée de cette abrogation ne s'étend qu'aux dispositions autonomes de cette loi, il est également nécessaire (II et III) d'abroger celles des dispositions de cette loi qui ont été insérées dans des codes. »

« En revanche, l'article laisse subsister les dispositions du code de la sécurité sociale, du code des assurances et de la loi n° 90-568 du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de la poste et des télécommunications, issues des articles 19 et 32 de la loi. En effet, ces dispositions sont sans lien avec l'institution de plans d'épargne retraite : l'article L. 951-3 du code de la sécurité sociale et l'article L. 310-12 du code des assurances, issus de l'article 19, réduisent à cinq ans la durée du mandat de la commission de contrôle des mutuelles et institutions de prévoyance, et l'article 32-1 de la loi du 2 juillet 1990 précitée, issu de l'article 32 de la loi du 25 mars 1997, contient des dispositions relatives au statut de certains agents affectés à France Télécom. »

De fait, l'article 11 est ainsi rédigé :

« I. - La loi n° 97-277 du 25 mars 1997 créant les plans d'épargne retraite est abrogée. »

« II. - Le 1° ter de l'article 83, le b ter du 5 de l'article 158, le 11 de l'article 206, la dernière phrase du 3 de l'article 209 bis et le dernier alinéa de l'article 219 quater du code général des impôts ainsi que, au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « , y compris les abondements des employeurs aux plans d'épargne retraite » sont abrogés. »

« III - Le I bis de l'article 235 ter Y du code général des impôts est abrogé. »

2°) Une deuxième tentative hasardeuse

En dépit de la discussion imminente du projet de loi de modernisation sociale à l'Assemblée nationale², l'amendement portant abrogation de la loi Thomas a été à nouveau déposé lors de la discussion du présent projet de loi à l'Assemblée nationale, M. Maxime Gremetz qualifiant d'« Arlésienne »³ le « support législatif adéquat » évoqué dans le rapport d'orientation annexé à la loi de financement pour 1999.

¹ *Projet de loi AN n° 2415 11^{ème} législature.*

² *Cf. lettre d'ordre du jour du Gouvernement en date du 2 octobre 2000 prévoyant une première lecture à l'Assemblée nationale dans le courant de janvier 2001.*

³ *JO débat AN 2^{ème} séance du 26 octobre 2000, p. 7591.*

M. Jean Le Garrec, président de la commission des Affaires culturelles, semblait réservé à l'égard de l'amendement puisqu'il soulignait : « *la loi Thomas est une loi virtuelle dont l'abrogation est inscrite dans le texte de modernisation sociale* »¹.

Mais, M. Alfred Recours faisait part de son sentiment : « *l'abrogation de la loi Thomas a sa place dans la loi de financement de la sécurité sociale dans la mesure où elle entraînera potentiellement des non-dépenses pour la protection sociale* »².

Et M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des Finances, pensait de même pour des raisons apparemment différentes : « *je pense que cet amendement a sa place dans le cadre d'une loi de financement de la sécurité sociale dans la mesure où la loi Thomas prévoit explicitement que les cotisations versées par les salariés dans le cadre de cette épargne sont déductibles de l'assiette des cotisations sociales* »³.

Enfin, Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, donnait un avis favorable à l'amendement.

Considérant que le Gouvernement avait pris « *un engagement politique réel... mais dont l'effet juridique est différé* »⁴ (du fait du retard dans la discussion du projet de loi de modernisation sociale), elle s'exclamait : « *Eh bien ! moi, je vous dis ce soir que vous avez un effet juridique immédiat puisque nous allons inscrire l'abrogation de la loi Thomas dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale* ».

II - La position de votre commission

La lecture successive des débats d'octobre 1998 et d'octobre 2000 a troublé votre rapporteur.

A deux ans d'intervalle, le Gouvernement mais également le rapporteur pour avis de la commission des Finances profèrent des assertions parfaitement contradictoires.

Aussi suppose-t-il que l'ancien Garde des Sceaux détient, par devers elle, des arguments irréfutables pour affirmer que les « *effets juridiques* » de cet amendement ne seront pas « *différés* » par le Conseil constitutionnel, arguments

¹ *Ibidem* p. 7592.

² *Ibidem* p. 7592.

³ *Ibidem* p. 7592.

⁴ *Ibidem* p. 7592.

qui contrebattraient « *tant les juristes que le Secrétaire général du Gouvernement* » dûment consultés par son prédécesseur.

Quant au rapporteur pour avis de la commission des Finances, il écarte semble-t-il aujourd'hui le risque d'une censure par le Conseil Constitutionnel, dont il s'inquiétait il y a deux ans.

Pourtant, avec un sens certain de la formule, il avait estimé que la loi Thomas était en 1998 « *en coma clinique dépassé* » et avait vocation à être « *donneuse d'organes* »¹.

Il faudra bien qu'il explique comment ce diagnostic peut être compatible avec les effets qu'il prête désormais à cette loi : « *affecter directement l'équilibre financier de la sécurité sociale* ».

Car, selon les prescriptions de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale, c'est bien à cette condition qu'un amendement est recevable en loi de financement.

Sauf à considérer naturellement que la loi Thomas, de moribonde qu'elle était il y a deux ans, aurait aujourd'hui « *le teint frais et la bouche vermeille* ».

En réalité, votre rapporteur ne peut s'empêcher de voir, dans ce feuillet de l'abrogation de la loi Thomas, l'illustration de la grande misère dans laquelle sont tombées les lois de financement.

Encore en 1998, le Gouvernement se battait-il longuement pour éviter un cavalier dans ces lois. Deux ans plus tard, il estime probablement que le jeu n'en vaut pas la chandelle.

Aussi votre rapporteur, pour cette raison, vous propose un **amendement** de suppression de cet article qui est à la fois un cavalier et une mauvaise manière.

Il attire toutefois l'attention du Gouvernement et de l'Assemblée nationale sur les risques -au demeurant limités du fait de la censure probable du Conseil Constitutionnel- que peuvent comporter les amendements symboliques.

L'article 11 du projet de loi de modernisation sociale montre en effet que, pour abroger la loi Thomas, il est nécessaire de s'entourer d'un minimum de précautions juridiques tendant à laisser subsister un certain nombre de dispositions du code de la sécurité sociale, du code des assurances et de la loi du 2 juillet 1990 relative à l'organisation du service public de la Poste et des Télécommunications. Il y va semble-t-il notamment du « *statut de certains agents affectés à France Télécom* »...

¹ Avis n° 1147, 11^{ème} législature, p. 144.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 19

(art. L. 351-11 du code de la sécurité sociale)

Revalorisation des retraites du régime général et des avantages alignés sur l'évolution prévisionnelle des prix

Objet : L'article 19 propose de revaloriser les pensions de retraite de 2,2 %.

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe la revalorisation des pensions de vieillesse à 2,2 %.

L'évolution des prix en moyenne annuelle est évaluée en prévision dans le rapport économique, social et financier, annexé au projet de loi de finances à 1,2 % en 2001. Cette évolution des prix avait été sous-évaluée de 0,5 % en 2000.

Compte tenu de ce rattrapage, une évolution des pensions sur les prix stricts aurait été de 1,7 %.

Le Gouvernement a majoré de 0,5 % ce chiffre au titre de la participation des retraités aux fruits de la croissance.

Le présent article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale non sans que M. Maxime Gremetz ait rappelé qu'il restait un engagement de la majorité plurielle à tenir, celui de « *l'indexation des pensions sur les salaires et non pas sur l'inflation* ».

II - La position de votre commission

Votre commission estime que ce dispositif procède d'une triple insuffisance :

En premier lieu, il ne s'inscrit dans aucune perspective de long terme pour nos retraites.

La revalorisation est sans nul doute possible aujourd'hui dans un contexte caractérisé par une croissance forte des recettes et un rapport démographique favorable. D'aucuns la trouveront insuffisante car, de fait, la

branche vieillesse du régime général affiche un excédent tendanciel de 3,3 milliards de francs pour 2001.

Mais, dans le même temps, le projet de loi de financement de la sécurité sociale attribue les excédents de la CNAVTS au fonds de réserve.

Au vu des difficultés futures des régimes de retraite, et en l'absence de toute perspective de réforme, de toute indication sur l'ampleur de l'effort nécessaire et sur sa nature même, votre commission s'interroge sur les fondements de cet arbitrage gouvernemental.

Car, cette revalorisation parfaitement fondée, voire insuffisante, souffre d'un grief majeur : elle ne s'inscrit dans aucune politique permettant de garantir les pensions qui seront versées demain.

En second lieu, ce dispositif intervient dans un contexte de vide juridique.

La loi du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale avait modifié les modalités de revalorisation des pensions.

Ce mécanisme institué pour 1994 était provisoire, prenant effet pour une durée de cinq ans.

L'année dernière, le Gouvernement n'a pas tranché entre l'indexation sur les prix et l'indexation sur les salaires à laquelle l'actuelle majorité s'était déclaré favorable lors de la campagne électorale de 1997, engagement rappelé par M. Maxime Gremetz à l'Assemblée nationale.

Le Gouvernement a d'abord déclaré attendre la remise du rapport Charpin. Puis, il a encore repoussé l'élaboration d'un dispositif pérenne en la renvoyant à la concertation pour les retraites.

Cette situation n'est pas satisfaisante car elle n'amène aucune garantie aux retraités qui se voient soumis pour leurs revalorisations de pensions chaque année à l'arbitraire des décisions gouvernementales.

Enfin, votre commission s'interroge sur la revalorisation de la BMAF qui est seulement de 1,8 % en dépit des excédents considérables qu'affiche ou devrait afficher la branche famille.

Sous le bénéfice de ces observations, **votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

Art. 19 bis (nouveau)

(art. L. 356-1 du code de la sécurité sociale)

Extension de l'assurance veuvage aux veufs et veuves sans enfant

Objet : Ce présent article introduit par l'Assemblée nationale a pour objet de supprimer les conditions d'enfants à charge ou élevé dans l'attribution de l'assurance veuvage.

I - Le dispositif proposé

Cet article a été introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement.

L'assurance veuvage a été créée par la loi du 17 juillet 1980 et répond à un risque spécifique : prendre en charge temporairement les veufs et les veuves d'assurés du régime général, en leur allouant une indemnité mensuelle, leur permettant de se réinsérer.

L'attribution de cette assurance veuvage est subordonnée à plusieurs conditions :

- la qualité d'assuré au regard de l'assurance veuvage du conjoint décédé :

- l'âge du conjoint survivant -celui-ci devant être trop jeune pour percevoir une pension de réversion ;

- une condition de ressources ;

- une condition de résidence, le conjoint survivant devant résider en métropole ou en DOM ;

- les charges de famille, le conjoint survivant doit avoir assumé la charge d'au moins un enfant ou avoir élevé un enfant au moins 9 ans avant son 16^e anniversaire.

Le présent article vise à supprimer la dernière condition énumérée ici, à savoir les charges d'enfants.

Le dispositif devrait toucher environ 500 personnes.

II - La position de votre commission

Votre commission, qui ne peut qu'être favorable à ce dispositif, saisit néanmoins l'occasion du dépôt de cet amendement pour rappeler qu'elle a plusieurs fois émis des réserves et formulé¹ des propositions à l'égard des modalités d'attribution de l'assurance veuvage.

Votre commission avait souligné les insuffisances de l'assurance veuvage, lors de la réforme de cette assurance contenue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, notamment au regard des montants de cette allocation.

Le fonds national de l'assurance veuvage était structurellement excédentaire depuis sa création et ses excédents cumulés en 1997 s'élevaient à 12,4 milliards de francs.

A l'heure où le Gouvernement améliore le cas de 500 personnes, votre commission renouvelle son souhait de voir sensiblement améliorées les prestations servies au titre de l'assurance veuvage.

Sous le bénéfice de ces observations, **votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

Art. 20

(art. L. 161-17-1 nouveau du code de la sécurité sociale)

Répertoire national des retraites et des pensions

Objet : Cet article propose la création d'un répertoire national des retraites et des pensions dont une synthèse est transmise tous les deux ans au Parlement et au Conseil d'orientation des retraites.

I - Le dispositif proposé

Le **premier alinéa du I** insère un article L. 161-17-1 dans la sous-section 4 de la section I du chapitre 1^{er} du titre IV du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale pour y créer un répertoire national des pensions et des prestations.

Le **second alinéa du I** fait obligation :

- aux organismes gérant les régimes de retraites de base ;

¹ M. Alain Vasselle, rapport n° 58, Tome III, Assurance vieillesse PLFSS 1999, p. 37-40

- aux organismes gérant les régimes complémentaires obligatoires, les institutions de retraite complémentaire cités au titre II du livre IX du code de la sécurité sociale ;

- aux organismes gérant les régimes d'assurance invalidité de communiquer, lors de la liquidation des avantages de retraite, toutes les informations sur la nature et le montant des avantages servis ainsi que les informations nominatives permettant d'identifier les assurés et leurs ayants droit.

Le troisième alinéa du I prévoit que : « *le numéro d'identification au répertoire national d'information des personnes physiques est utilisé dans les traitements et les échanges d'informations nécessaires à l'application de ces dispositions par les organismes débiteurs des avantages mentionnés au deuxième alinéa du présent article* ».

Le quatrième alinéa du I renvoie à un décret le soin de fixer le contenu et les modalités de gestion et d'utilisation du répertoire.

L'objet d'une telle création est d'affiner la connaissance du nombre de personnes retraités et du montant des pensions qui leurs sont versées, d'accroître les données relatives aux flux de compensation, limiter les risques de versements indus et faciliter l'application des règles de cumul des pensions.

Le II crée un échantillon interrégimes de cotisants. A cette fin, il fait donc obligation à ces mêmes régimes de transmettre à l'organisme chargé de la gestion technique du répertoire les données nécessaires à la constitution de cet échantillon afin d'élaborer un système d'informations sur les droits acquis à la retraite par les actifs. Les données rendues ici anonymes ne soulèvent pas de difficultés particulières au regard des dispositions de la loi informatiques et libertés.

L'exposé des motifs lui donne pour objet d'aider à l'évaluation de la situation des actifs au regard de leurs droits futurs à la retraite. Dès lors, et par son objet même, cet article ne concerne que les régimes de retraite auxquels s'appliquent les règles de coordination et de compensation interrégimes.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a complété le présent article par un III visant à transmettre une synthèse des données du répertoire créé au Parlement et au Conseil d'orientation des retraites et permettant d'insérer cet article au sein des lois de financement de la sécurité sociale au titre des dispositions « *améliorant le contrôle du Parlement sur l'application* » de ces lois (*article LO.111-3 du code de la sécurité sociale*).

III - La position de votre commission

Votre Commission ne peut être opposé à la création d'une base permettant la création de deux outils statistiques susceptibles de fournir des informations précises, à la fois qualitative et quantitative, sur les pensions de retraite et sur leurs ayant droits.

Il convient toutefois de souligner que les second et troisième alinéas du II, rendus indispensables par la loi Informatique et Liberté n'ont pas leur place en loi de financement de la Sécurité Sociale.

L'introduction de la transmission bisannuelle d'une synthèse au Parlement et au Conseil d'Orientation des Retraites est un complément nécessaire.

Le répertoire national des retraites devant être utilisé dans le cadre d'un pilotage des réformes qui assureront l'avenir de nos régimes de retraites, le Parlement et le Conseil d'Orientation des Retraites sont des destinataires naturels des informations qu'il contiendra.

Votre commission rappelle néanmoins que l'information générale sur les retraites, dont les différentes administrations ont été abondamment dotées ces dernières années par le biais de rapports nombreux, ne saurait se substituer à une réforme ambitieuse qui seule est susceptible de pallier les conséquences du vieillissement démographique sur les équilibres financiers de nos régimes de retraite.

Sous le bénéfice de ces observations, **vo**tre commission vous propose **d'adopter cet article sans modification.**

Art. 21

Cumul emploi-retraite

Objet : Cet article pérennise l'interdiction du cumul emploi-retraite

I - Le dispositif proposé

L'article 21 confirme l'interdiction du cumul emploi-retraite, qui était auparavant reconduit chaque année pour un an.

Le caractère permanent de cette interdiction s'applique :

- aux régimes général et spéciaux (art. L. 161-22),
- aux professions commerciales, industrielles et artisanales (art. L. 634-6),
- aux non-salariés agricoles (art. L. 732-39),
- au régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

Le présent article a été adopté par l'Assemblée nationale sans modification.

II - La position de votre commission

Le principe de limitation du cumul emploi-retraite a été introduit dans les régimes de salariés et dans le régime des pensions civiles et militaires de retraite en 1982.

Un rapport, commandé en 1999, a été remis au Gouvernement par M. Balmay. D'après ce rapport, le dispositif criblé d'exceptions devrait être aménagé. Aussi, propose-t-il principalement trois voies alternatives : le durcissement, la prorogation associée de quelques aménagements éventuels ou encore la suppression.

Le dispositif proposé par le Gouvernement opte pour le caractère permanent de cette interdiction qui reste néanmoins assortie d'exception. Votre commission vous propose d'adopter cet article par une disposition ayant pour objet de lutter contre la désertification des zones rurales en autorisant le cumul emploi-retraite des commerçants dans ces zones-ci.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 22

(art. L. 135-3 du code de la sécurité sociale)

**Prise en charge par le fonds de solidarité vieillesse
des cotisations versées à l'ARRCO/AGIRC au titre des périodes
de chômage et de préretraite indemnisées par l'Etat**

Objet : Cet article a pour objet de mettre à la charge du Fonds de solidarité vieillesse le règlement de l'engagement pluriannuel pris par l'Etat à l'égard des organismes de retraite complémentaires des salariés ARRCO/AGIRC

I - Le dispositif proposé

Cet article insère, dans le code de la sécurité sociale, les termes retenus par la convention signée entre l'Etat et les régimes ARRCO/AGIRC le 23 mars 2000.

Le I de cet article confie au fonds de solidarité vieillesse (FSV) la prise en charge des cotisations à ces organismes des périodes de chômage et de préretraite indemnisées par l'Etat.

Le II détermine les modalités de prise en charge :

a) des cotisations dues à compter de la période postérieure au 1^{er} janvier 1999,

b) du remboursement des sommes dues au titre des cotisations des périodes passées en chômage ou en préretraite entre 1984 et 1999, en conformité avec l'engagement pris par l'Etat.

Le III confie à un décret en Conseil d'Etat le soin de fixer les modalités d'application de l'article.

Le IV coordonne les dispositions du présent article et celles de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale afin d'ajouter cette dépense à l'ensemble des dépenses du fonds de solidarité vieillesse, section I, « opérations de solidarité ».

Le présent article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

II - La position de votre commission

Votre commission a plusieurs fois dénoncé le refus par l'Etat d'honorer ces engagements à l'égard des régimes complémentaires de salariés AGIRC/ARRCO.

Cet engagement -la prise en charge par l'Etat des cotisations AGIRC-ARRCO de certaines périodes de préretraite et de chômage- datait de 1984 (*cf. présent rapport, tome III, p. 43*).

Au titre de cet engagement, l'Etat devait plusieurs milliards aux organismes.

Une convention a été signée le 23 mars 2000 qui confirme le versement, par les pouvoirs publics, d'une somme de 7,4 milliards à l'ARRCO et de 2,025 milliards à l'égard de l'AGIRC, ainsi qu'un accord pour les cotisations futures.

Votre commission se félicite qu'un règlement du différend soit enfin trouvé.

En revanche, les modalités de l'imputation financière des conséquences de cet accord lui semblent inacceptables.

Le présent article du projet de loi de financement de la sécurité sociale met à la charge du fonds de solidarité vieillesse à partir de 2001, l'apurement d'un engagement pris par les pouvoirs publics.

Votre commission vous propose donc un amendement de suppression pour une triple raison :

- ce dispositif conduit à mettre à la charge du fonds de solidarité vieillesse plus de 2 milliards de francs pendant une période supérieure à 15 ans ;

- ce dispositif fait intervenir le fonds de solidarité vieillesse dans le domaine de la protection sociale complémentaire, ce qui n'est pas sa raison d'être et n'est pas l'objet de la loi de financement de la sécurité sociale ;

- le fonds de solidarité vieillesse est par ailleurs l'objet de ponctions inadmissibles. Pour éviter que cet organisme, qui assure le financement des prestations vieillesse non contributives dans la protection sociale de base, ne soit davantage précarisé, la suppression de l'article est nécessaire.

En conséquence, et en pressant l'Etat d'établir un plan de financement de ce qui n'est finalement pas autre chose qu'une dette, votre commission vous invite à rendre au fonds de solidarité vieillesse sa cohérence et ses moyens.

Votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 23

(art. L. 135-2 du code de la sécurité sociale)

**Prise en charge par le fonds de solidarité vieillesse
des dispenses d'activité avec suspension du contrat de travail**

Objet : Cet article a pour objet de confier au fonds de solidarité vieillesse la prise en charge des cotisations vieillesse des percepteurs d'allocations de cessation d'activité versés dans le cadre d'une convention entre certaines entreprises et l'Etat

I - Le dispositif proposé

Le I de cet article modifie le 4° du L. 135-2 énumérant les dépenses prises en charge par le FSV au titre des opérations de solidarité en y insérant un « d ».

Cette insertion a pour objet de faire prendre en charge par le FSV les sommes représentant le montant des cotisations des régimes d'assurance vieillesse de base, pour les périodes au cours de laquelle un assuré, étant resté sans emploi, a bénéficié d'un revenu de remplacement versé par l'entreprise.

Le VI de cet article coordonne le L. 135-2 pour assurer la prise en compte de ce « d » inséré.

Le III de l'article assure l'applicabilité des dispositions au revenu issu des accords relatifs aux allocations d'assurance des travailleurs privés d'emploi prévues à l'article L. 352-2 du code du travail.

Le présent article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

II - La position de votre commission

Le présent article a pour objet d'insérer dans la loi la convention passée entre l'Etat et les entreprises, prévue par l'article R. 322-7-2 du code du travail. Cette convention a trait à la cessation d'activité anticipée au titre de la pénibilité du travail.

Il convient donc d'assurer la prise en charge par la solidarité nationale des cotisations vieillesse de base dues aux périodes de préretraite.

Le montant estimé de cette prise en charge devrait être de l'ordre de 100 millions de francs.

Contrairement à l'article précédent (*voir commentaire de l'article 22*), il n'étend pas le périmètre d'action du fonds de solidarité vieillesse (FSV) à la protection sociale complémentaire, et ne devrait pas déséquilibrer profondément les comptes de celui-ci.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 24

(art. L. 135-3, L. 241-2 et L. 245-16 du code de la sécurité sociale)

**Affectation du prélèvement de 2 % sur le capital FSV
et au fonds de réserve des retraites**

Objet : Cet article tend à prévoir une nouvelle répartition du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement

I - Le dispositif proposé

Le I de cet article modifie l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale, relatif au prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, en procédant à une nouvelle affectation :

- 20 % pour le fonds de solidarité vieillesse ;
- 50 % au fonds de réserve ;
- 30 % à la CNAVTS.

Le II de cet article ajoute à la liste des ressources du fonds de solidarité vieillesse la notion de la fraction du prélèvement social de 2 %.

Le III de cet article supprime la notion de cette ressource dans les recettes aujourd'hui affectées à la CNAMTS.

Le IV rend les dispositions applicables aux versements à effectuer à compter du 1^{er} janvier 2001.

II - La position de votre commission

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 avait unifié deux prélèvements anciens assis sous les revenus du patrimoine, l'un affecté à la CNAF depuis 1984, et le second affecté à la CNAVTS depuis 1987.

Le « prélèvement social de 2 % » ne se sera stabilisé dans son affectation que pendant une très courte période, comme le montre le tableau ci-dessous :

Affectation du prélèvement social de 2 %

	LFSS 1998	Loi CMU du 27 juillet 1999	LFSS 2000	PLFSS 2001
CNAF	50 %	22 %	13 %	0 %
CNAVTS	50 %	50 %	30 %	30 %
CNAMTS		28 %	8 %	0 %
Fonds de réserve			49 %	50 %
Fonds de solidarité vieillesse				20 %

La CNAF et la CNAMTS ne bénéficient plus désormais de cette recette.

La part pour la CNAF était de 1.495 millions de francs en 2000. Sur deux ans (LFSS 2000 et PLFSS 2001), la perte de recettes s'élève à 5.600 millions de francs.

La CNAMTS n'aura été que très brièvement bénéficiaire de cette recette, qui était censée contribuer à financer la part de base de la couverture maladie universelle. La perte de recettes de 2000 à 2001 est de 920 millions de francs.

Votre commission n'entend pas modifier les règles de répartition du prélèvement social de 2 %, que le Gouvernement a compliquées lui-même. Elle n'a pas à « compenser » les charges nouvelles ou les pertes de recettes du fonds de solidarité vieillesse car elle refuse le « siphonnage » de ses recettes au profit des trente-cinq heures.

En conséquence, votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 25

(art. L. 135-6 du code de la sécurité sociale)

Alimentation du fonds de réserve pour les retraites

Objet : Remplacement du dispositif modifiant les ressources du fonds de réserve des retraites par la mise en œuvre d'un dispositif permettant le contrôle du Parlement.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a pour objet de compléter l'alimentation des fonds de réserve des retraites par une augmentation de 1 % de la part du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital qui lui est affecté et par une fraction du produit de la cession des licences UMTS.

Il a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

II - La position de votre commission

Le dispositif initial prévu par l'article 25 n'affecte que 2 ressources nouvelles au fonds de réserve.

a) une hausse symbolique de sa part du prélèvement de 2 % sur les revenus du capital (+ 1 %) ;

b) l'affectation d'une part des produits de la vente des licences UMTS, part qui pourrait s'élever à 18,5 milliards de francs.

Votre commission (*cf. exposé général, Tome I, et commentaire de l'article 24 ci-dessus*) s'oppose aux nombreux transferts tant en dépenses qu'en recettes qui, au détriment de la sécurité sociale, ont tous pour objet d'alimenter le fonds de financement des trente-cinq heures.

En coordination avec votre commission des Finances, elle n'est pas convaincu du bien-fondé d'une politique consistant à constituer des « réserves » aux dépens du remboursement de dettes. Aussi, le produit des licences de téléphonie mobile de la troisième génération (dites UMTS) sera intégralement affecté à la caisse d'amortissement de la dette publique (*cf. exposé général, Tome III*).

C'est pourquoi votre commission vous propose de supprimer le dispositif initial du présent article. Elle propose en revanche de le remplacer par un nouveau dispositif indispensable qui assure **un contrôle étroit du Parlement** sur un fonds qui devrait rassembler, selon les estimations du Gouvernement, plus de 23 milliards de francs à la fin de l'année.

Le fonds de réserve des retraites n'est aujourd'hui qu'une simple section comptable au sein du FSV.

Le rapporteur pour avis de la commission des finances de l'Assemblée nationale, M. Jérôme Cahuzac, a déposé un amendement visant à doter celui-ci de la personnalité juridique, par le biais de la création d'un établissement public de l'Etat.

La proposition de votre commission va dans ce sens. Mais surtout, elle va plus loin.

Comme la proposition de M. Cahuzac, votre commission vous propose de donner au fonds de réserve des retraites une personnalité juridique, en créant un établissement public administratif de l'Etat.

Comme dans la proposition de M. Jérôme Cahuzac, votre commission vous propose de doter celui-ci d'organes de direction. Ce fonds serait ainsi doté d'un comité de surveillance, chargé de déterminer les orientations générales de la politique de placement des actifs du fonds, en respectant les objectifs et l'horizon d'utilisation de ses ressources, et d'un directoire responsable, devant le comité de surveillance, de la mise en œuvre de cette politique.

L'objectif de votre commission est d'assurer un contrôle étroit pour garantir la transparence de la gestion tant administrative que financière.

A cette fin, il est proposé que chaque année, un rapport au Parlement soit remis par le comité de surveillance, avant le 30 juin.

Il y sera exposé de manière détaillée les orientations de gestion du fonds et les résultats obtenus.

Il y sera aussi fait état des procédures d'appel d'offre lancées pour l'attribution des mandats de gestion administrative et financière. Ces procédures sont les seules susceptibles de garantir la transparence de la gestion et la conformité de celle-ci avec les principes généraux du droit communautaire européen en la matière.

Il sera également fait état dans le rapport remis au Parlement de l'exercice des droits de vote attachés aux parts sociales de sociétés industrielles et commerciales détenues par le fonds afin que cet exercice reste conforme aux seuls

intérêts financiers dont le fonds est responsable. Le comité de surveillance rendra ainsi compte à la représentation nationale de la conformité de la gestion du fonds avec les objectifs qui lui ont été assignés.

Il revient à un décret en Conseil d'Etat de prévoir les modalités de désignation des membres du comité de surveillance.

Deux voies sont possibles et votre commission souhaite naturellement en débattre avec le Gouvernement et l'Assemblée nationale à l'occasion de la navette.

La première voie traditionnelle consisterait à assurer une représentation des parlementaires, des partenaires sociaux et de personnalités qualifiées.

Une autre voie, plus hardie, s'inspirerait de la nomination des membres du conseil de la politique monétaire de la banque de France. Les membres du comité de surveillance du fonds pourraient être nommés par un accord entre les plus hautes autorités de l'Etat : par le Président de la République en conseil des ministres sur une liste de personnalités compétentes proposée par les présidents des assemblées.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 26

*(art. L. 12 et L. 41 du code des pensions de retraite
des marins français de commerce, de pêche ou de plaisance)*

Régime spécial de sécurité sociale des marins

Objet : L'article a pour objet de comptabiliser dans l'assurance vieillesse des marins les périodes passées en invalidité et à substituer la pension vieillesse à la pension invalidité, une fois les conditions de cotisations et d'âge réunies.

I - Le dispositif proposé

Le régime des marins ne permet pas, à la différence du régime général, de substituer une pension de retraite à une pension d'invalidité.

Par ailleurs, les périodes d'invalidité n'ouvrent pas droit à une pension de vieillesse.

Pour pallier cette iniquité, le I de l'article prévoit la validation au titre de l'assurance vieillesse dans des conditions fixées par décret des périodes pour lesquelles une pension d'invalidité a été ouverte.

Le II de cet article modifie les conditions de financement des caisses de retraites des marins afin de prendre en compte le dispositif prévu par le I.

Le présent article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

II - La position de votre commission

Le présent article cherche à réparer une injustice qui est faite aux marins et à leurs veuves.

Les périodes pour lesquelles des pensions d'invalidité sont perçues n'ouvrent pas de droits à la retraite. Par ailleurs, la pension de retraite ne se substitue pas, les conditions d'âge et de cotisations réunies, à la pension d'invalidité.

Or, cette pension d'invalidité n'est pas réversible. Les pensions accordées aux veuves des marins se limitent, dans ces cas, à une réversion calculée sur une retraite liquidée sans prise en compte des périodes d'invalidité, c'est-à-dire très modeste.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 27

(art. L. 726-3 du code rural)

Fonds additionnel d'action sociale

Objet : Cet article supprime le fonds additionnel d'action sociale géré par la Mutualité sociale agricole

I - Le dispositif proposé

L'abrogation de l'article L. 726-3 du code rural, proposée par cet article, a pour effet de supprimer le fonds additionnel d'action sociale (FAAS), distinct du fonds d'action sanitaire et sociale des caisses de Mutualité sociale agricole mentionné à l'article L. 726-2.

Le FAAS, créé par la loi n° 80-30 du 18 janvier 1980 de finances pour 1980, avait pour objet de développer les services ménagers, en apportant une contribution spécifique aux caisses de Mutualité sociale agricole.

Il s'adresse tant aux non-salariés qu'aux salariés agricoles, à la différence du Fonds d'action sanitaire et sociale, réservé aux seuls exploitants.

L'exposé des motifs de l'article 27 indique que les services ménagers sont « *une composante de la politique de maintien à domicile des personnes âgées* ». En raison des évolutions démographiques constatées et prévisibles, le maintien à domicile appelle désormais des solutions diversifiées et une approche globale.

Il est donc proposé de fondre l'action du FAAS au sein de l'action sanitaire et sociale des caisses. L'objectif est de décentraliser la politique de maintien à domicile.

II - La position de votre commission

L'action du FAAS fait l'objet d'un rapport présenté au Conseil supérieur des prestations sociales agricoles

Dépenses et recettes du FAAS

	1998	1999
Dépenses		
FAAS	230.492.421	277.152.833
PED	23.377.196	17.778.089
TOTAL	253.869.617	294.930.922
Recettes	250.000.000	346.000.000
Résultat	- 3.869.617	- 51.069.078

Source : CSPSA du 23 octobre 2000

Les recettes proviennent du prélèvement sur les cotisations complémentaires d'assurance vieillesse :

- des salariés (86 millions de francs) au prorata des assiettes déplafonnées ;

- des non-salariés (260 millions de francs) au prorata des assiettes déplafonnées pour un montant de 115 millions de francs et au prorata des assiettes plafonnées pour un montant de 115 millions de francs.

Le solde du fonds tient compte à la fois de résultats excédentaires (exemple de l'année 1999) et des résultats déficitaires (années 1997 et 1998).

	1997	1998	1999
FAAS			
Solde au 1 ^{er} janvier	- 25.574.172	- 22.320.488	- 12.812.909
Dépenses FAAS	206.746.136	230.432.421	277.152.833
Recettes	210.000.000	240.000.000	310.000.000
Solde au 31 décembre	- 22.320.488	- 12.812.909	- 20.034.258

Source : CSPSA du 23 octobre 2000

En conséquence, le solde du FAAS était au 1^{er} janvier 2000 positif de 20 millions de francs.

Il apparaît nécessaire d'affecter le solde du FAAS. En l'absence de cette précision, la suppression de ce fonds n'aurait pas d'incidence, en elle-même, sur les comptes du régime agricole et ne serait pas conforme au domaine réservé de la loi de financement de la sécurité sociale.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Section 3

-

Branche maladie

Art. 28

(art. L. 615-12 et L. 615-14 du code de la sécurité sociale)

Alignement des prestations en nature de la CANAM sur celles du régime général

Objet : Cet article aligne les prestations en nature de la CANAM sur celles du régime général.

I - Le dispositif proposé

Si les professions non salariées non agricoles bénéficient des mêmes prestations familiales que l'ensemble de la population, des différences significatives subsistent pour leur couverture vieillesse, assurée par différentes caisses (ORGANIC, CANCAVA, CNAVPL...), ou leur couverture accidents du travail, dévolue à l'assurance personnelle ou aux régimes privés, et, enfin, leur couverture maladie.

La couverture maladie des professions non salariées non agricoles est assurée depuis 1966 par la Caisse nationale d'assurance maladie des professions indépendantes (CANAM). Elle est moins favorable que celle dont bénéficient les salariés.

Ainsi, les taux de prise en charge dans ce régime sont actuellement de :

- 50 % pour les frais d'honoraires médicaux, pour 70 % dans le régime général,

- 50 % pour les frais d'honoraires des auxiliaires médicaux et d'analyse ou de laboratoire, pour 60 % dans le régime général,

- 50 % pour les médicaments à vignette blanche, les transports et autres prescriptions, pour 60 % dans le régime général.

Le présent article vise par conséquent à aligner les prestations d'assurance maladie et maternité en nature versées par la CANAM sur celles du régime général.

Le **I** rend applicable aux professions non salariées non agricoles l'ensemble des dispositions du régime général relatives à la nature de ces prestations, à leur taux de prise en charge et aux cas d'exonération du ticket modérateur.

Le **I A** réécrit, dans le livre VI du code de la sécurité sociale (régime des travailleurs non salariés), l'actuel article L. 615-14. Il prévoit que les prestations en nature servies par le régime des travailleurs non salariés sont celles du régime général. Il fait donc référence à la liste des prestations du régime général prévues aux 1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 7° et 8° de l'article L. 321-1, à l'exclusion du 5° qui concerne les prestations journalières.

Le **B** du **I** abroge formellement, au chapitre V du titre premier du livre VI du code de la sécurité sociale, la sous-section 2 de la section III.

Le **C** du **I** prévoit que la sous-section 3 de la section III du chapitre V du titre premier du livre VI du code de la sécurité sociale devient la sous-section 2 et s'intitule : « Dispositions particulières relatives à l'assurance maternité ».

Le **II** tire les conséquences de l'alignement des prestations de la CANAM sur celles du régime général. Il autorise les assurés de la CANAM à résilier leurs contrats en cours auprès d'organismes de protection complémentaire, s'ils le souhaitent. Cette mesure est censée leur permettre de choisir un organisme complémentaire qui leur consente une baisse de cotisation correspondant à la réduction de la part de prise en charge complémentaire consécutive à l'amélioration des prestations de base. L'intéressé obtient à sa demande et à tout moment la résiliation totale de la garantie souscrite.

Les cotisations ou primes afférentes aux adhésions ou contrats résiliés sont remboursées par les organismes qui les ont perçues, au prorata de la durée de l'adhésion ou du contrat restant à courir.

Le **III** étend aux professions non salariées non agricoles recevant des soins continus pendant une durée supérieure à six mois le bénéfice du protocole conjoint de soins du régime général, établi en concertation par le médecin conseil et le médecin traitant. Ce protocole n'existe aujourd'hui, dans le régime des travailleurs non salariés non agricoles, qu'en cas d'affection longue de longue durée (ALD).

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a apporté deux modifications à cet article.

La première résulte de l'adoption d'un amendement présenté par le Gouvernement qui permet aux assurés relevant de la CANAM, titulaires d'une pension d'invalidité d'un taux inférieur à 85 % servie au titre de l'article L. 115 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, de bénéficier, comme les ressortissants du régime général, d'une prise en charge intégrale de leurs dépenses pour les soins autres que ceux en rapport avec l'affection invalidante.

La commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale avait adopté un amendement identique qui n'avait pu être appelé en séance publique du fait de son irrecevabilité financière.

La seconde modification résulte d'un amendement présenté par M. Claude Evin, rapporteur, qui insère, dans le II de cet article, après les mots « avant le 1^{er} janvier 2001 », les mots : « qui n'aurait pas consenti à une baisse de cotisation ». L'objet de cet amendement indique qu'il « *tend à préciser que la rupture du contrat ou de l'adhésion peut résulter du refus, de la part de l'organisme complémentaire, de baisser le montant des cotisations qu'il pratique en conséquence du transfert prévu par les dispositions du I de cet article* ».

III - La position de votre commission

Votre commission ne peut qu'être favorable à cet article. L'alignement des prestations en nature de la CANAM sur celles du régime général avait d'ailleurs été formellement demandé par le conseil d'administration de cette caisse en décembre 1999.

Le coût de cette mesure est évalué à 1,3 milliard de francs. Il est intégré dans l'ONDAM proposé par le présent projet de loi mais n'était pas compris dans les comptes 2001 de la branche maladie établis à l'occasion de la commission des comptes de la sécurité sociale.

Votre commission s'interroge néanmoins sur les modalités de financement de cette mesure. Selon les informations recueillies par votre rapporteur, cette charge nouvelle sera financée, en accord avec la CANAM, par le

relèvement à due concurrence du taux de la cotisation d'assurance maladie à compter du 1^{er} janvier 2001¹.

Le montant exact de cette augmentation de cotisation n'est pas connu : il devrait être compris entre 0,6 et 0,9 point.

Votre rapporteur se demande si le II de cet article, qui concerne uniquement les régimes de couverture complémentaire, a véritablement sa place dans une loi de financement de la sécurité sociale.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 29

(art. L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale)

Réseaux et filières expérimentaux de soins

Objet : Cet article vise, d'une part, à proroger jusqu'en 2006 le dispositif expérimental des réseaux de soins, d'autre part, à permettre l'agrément des projets d'intérêt régional par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 6 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, permet, pour une durée de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance, de mener des actions expérimentales en vue de promouvoir « *des formes nouvelles de prise en charge des patients d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention.* »

Ces actions peuvent consister à mettre en œuvre des filières de soins organisées à partir des médecins généralistes, chargés du suivi médical et de l'accès des patients au système de soins, des réseaux de soins expérimentaux permettant la prise en charge globale de patients atteints de pathologies lourdes ou chroniques, ainsi que tous autres dispositifs visant à favoriser un accès plus

¹ Source : réponse de Mme Elisabeth Guigou, Ministre de l'emploi et de la solidarité, au questionnaire complémentaire sur le projet de loi de financement.

rationnel au système de soins et une meilleure coordination des intervenants constitués en réseaux.

A cette fin, un Conseil d'orientation des filières et réseaux de soins expérimentaux a pour mission d'instruire les projets présentés par les promoteurs (caisses, associations, organismes de protection complémentaire...) et de rendre un avis aux ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, qui disposent du pouvoir d'agrément.

Ce conseil, actuellement présidé par M. Raymond Soubie, a pour l'instant approuvé une douzaine de projets. Le Gouvernement n'a, pour sa part, donné son agrément qu'à sept réseaux expérimentaux.

C'est ainsi qu'ont été agréés un réseau de soins palliatifs à Tarbes (arrêté d'agrément du 30.09.1999) et un réseau de soins oncologiques en Corrèze (arrêté d'agrément du 09.12.1999)¹.

Parallèlement, ont émergé des projets de réseaux à vocation plus générale. Après le réseau promu par Groupama Partenaires Santé (arrêté du 30.09.1999), des réseaux gérontologiques promus par la Caisse centrale de mutualité sociale agricole, en partenariat avec le régime général et le régime des travailleurs indépendants (arrêté du 30.03.2000), se sont donnés comme objectif d'améliorer la qualité des soins dispensés à domicile aux personnes âgées dépendantes. Ces réseaux, déployés sur 19 sites répartis sur l'ensemble du territoire, comportent une forte articulation ville-hôpital.

D'autres projets sont en cours de mise en œuvre : il en va ainsi du projet de réseau global d'exercice du bassin de vie de Lens et de sa région, agréé par arrêté du 1^{er} août 2000 présenté par la CPAM de Lens. Il vise à rationaliser l'intervention des différents professionnels de santé (généralistes, spécialistes, auxiliaires médicaux) avec un système innovant d'accueil des urgences en liaison avec le centre hospitalier autour de quatre groupes de pathologies chroniques.

¹ Cf. Annexe a du présent projet de loi

A ce jour, les actions expérimentales agréées sont les suivantes :

Dénomination de l'action expérimentale	Promoteur	Thème	Date de l'arrêté d'agrément (public JO)
Prophylaxie et soins dentaires chez l'enfant	Caisse centrale de mutualité sociale agricole en partenariat avec Confédération nationale des syndicats dentaires	Prévention bucco-dentaire chez les enfants de 7 et 12 ans (ensemble du territoire + action spécifique en Poitou-Charentes)	3 septembre 1998 (JO du 20/09/98)
GROUPAMA Partenaires Santé	GROUPAMA (caisse centrale des assurances mutuelles agricoles)	Amélioration du système de soins ambulatoires (Allier, Côtes d'Armor, Pyrénées Atlantiques)	30 septembre 1999 (JO du 6/10/99)
Réseau de soins palliatifs	CPAM de Tarbes	Prise en charge à domicile des patients en fin de vie (Hautes Pyrénées)	30 septembre 1999 (JO du 6/10/99)
Réseau ESPOIR	Fondation d'intérêt public (Fondation pour le développement des techniques de suppléance des fonctions rénales)	Prise en charge de l'insuffisance rénale chronique en Bourgogne et Franche-Comté	26 novembre 1999 (JO du 6/12/99)
Réseau de soins oncologiques en Corrèze (ONCO-RESE)	CPAM de Tulle et CH de Brive	Prise en charge à domicile de patients relevant de soins oncologiques et/ou palliatifs	26 novembre 1999 (JO du 9/12/99)
Réseau gérontologique de la MSA	Caisse centrale de mutualité sociale agricole	Prise en charge à domicile de personnes âgées dépendantes (19 sites répartis sur le territoire)	30 mars 2000 (JO du 1/04/2000)
Réseau global d'exercice du bassin de vie de Lens et de sa région	CPAM de Lens en partenariat avec Groupe MEDERIC et PREVEA	Prise en charge globale ciblée sur pathologies chroniques, avec articulation ville/hôpital (accueil des urgences légères) et mécanisme de régulation de la dépense associé	1 ^{er} août 2000 (JO du 20/08/2000)

Dans sa rédaction initiale, le présent article se limitait à reporter l'échéance de ces expérimentation au 31 décembre 2001.

L'exposé des motifs du projet de loi précise à cet égard que « *le projet de loi de modernisation du système de santé qui sera prochainement examiné par le Parlement comporte une disposition réorganisant et refondant ces expérimentations. Compte tenu des délais nécessaires à l'adoption de ce projet, il est proposé de proroger le dispositif expérimental jusqu'à la fin de l'année 2001 afin de donner une sécurité juridique aux réseaux agréés, le temps que la loi de modernisation du système de santé refonde leur statut.* »

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a tout d'abord adopté un amendement présenté par le Gouvernement repoussant l'échéance de ces expérimentations au 31 décembre 2006.

Elle a ensuite adopté, avec l'accord du Gouvernement, un amendement présenté par M. Claude Evin, rapporteur, comportant une réforme considérable du dispositif existant.

Présentant cet amendement, M. Claude Evin a souligné que « *l'avenir de notre système de soins est dans l'organisation en réseaux* » et qu'il « *faut aller beaucoup plus vite* ».

L'amendement adopté modifie tout d'abord le I de l'article L. 162-31-1. Il prévoit que les projets d'intérêt régional sont agréés par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, sur rapport du directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie. Les autres projets resteront agréés par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé après avis du conseil d'orientation.

Il modifie également le II en étendant à l'ensemble des professionnels de santé le champ des dérogations possibles aux dispositions législatives régissant les tarifs, honoraires et rémunérations et frais accessoires. Ces dérogations ne concernaient auparavant que les seuls médecins.

L'amendement adopté remplace le III de l'article L. 162-31-1 par un nouveau grand III, un IV et un V.

Le nouveau III prévoit que la décision d'agrément d'un réseau de santé doté de la personnalité morale peut en outre autoriser l'assurance maladie à financer tout ou partie des finances du réseau, y compris les frais exposés pour organiser la coordination et la continuité des soins, ainsi que les produits et prestations qu'ils délivrent, sous la forme d'un règlement forfaitaire. Dans ce cas, la part financée par l'assurance maladie est versée directement à la structure gestionnaire du réseau. Le niveau et les modalités de versement de ce règlement,

ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux sont fixés par la décision d'agrément.

Le IV précise que les dépenses résultant de l'application du présent article sont prises en compte dans l'ONDAM.

Le V prévoit que les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

III - La position de votre commission

Votre rapporteur considère que la mise en réseau des professionnels de santé et des établissements de santé constitue un instrument de maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui n'a pas été suffisamment exploité.

Il ne peut, dans ces conditions, que déplorer le maigre bilan des expérimentations menées en application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale et s'interroger sur les raisons qui ont parfois conduit le Gouvernement à refuser d'agréer certains des projets approuvés par le conseil d'orientation.

Il se félicite de l'initiative prise par le rapporteur de l'Assemblée nationale et formule le souhait que la régionalisation de la décision d'agrément des filières et réseaux de soins relance effectivement la dynamique des expérimentations.

Il constate d'ailleurs que cette disposition devait initialement figurer dans le projet de loi de modernisation du système de santé, qui commence ainsi à se voir dépouillé d'une partie de son contenu. L'adoption de cet amendement par l'Assemblée nationale, avec l'accord du Gouvernement, semble confirmer que l'examen de ce texte par le Parlement est sans doute encore très lointain...

Votre commission vous propose d'adopter un amendement comportant une nouvelle rédaction du V de cet article afin de prévoir que le décret en Conseil d'Etat qui fixera les modalités d'application du présent article déterminera également les modalités de l'évaluation de ces actions expérimentales.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 30

(art. 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

Dotation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville

Objet : Cet article fixe à 700 millions de francs le montant de la dotation affectée en 2001 au fonds d'aide à la qualité des soins de ville.

I - Le dispositif proposé

Le fonds d'aide à la qualité des soins de ville a été créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, pour une durée fixée à cinq ans à compter du 1^{er} janvier 1999, afin d'apporter un soutien financier aux mutations de l'exercice de la médecine ambulatoire.

Géré en partenariat avec l'ensemble des professionnels de santé et rattaché, hors ONDAM, à la CNAMTS, ce fonds est ainsi chargé de financer des aides visant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville, notamment en soutenant le développement des nouveaux modes d'exercice de ces soins, au premier rang desquels les réseaux.

Ces aides sont attribuées aux professionnels de santé, individuellement ou collectivement, au sein d'un réseau de soins ou de tout autre groupement. Elles peuvent prendre la forme de soutiens à la réalisation ou à la diffusion des bonnes pratiques (protocoles, conférences de consensus), à l'évaluation des professionnels, au développement d'applications informatiques dans le cadre du réseau santé social (RSS) et à la mise en place des réseaux.

Les modalités de mise en œuvre de ce fonds n'ont été définies que tardivement, par un décret n° 99-940 en date du 12 novembre 1999. Les membres de son comité national de gestion ont été nommés par un arrêté en date du 10 janvier 2000. Les modalités de mise en place des comités régionaux de gestion (80 % des ressources sont destinées à des actions régionales) ont fait l'objet d'une circulaire en date du 14 mars 2000. La répartition des ressources du fonds a été effectuée par un arrêté en date du 11 avril 2000. Enfin, le comité national de gestion a été installé le 4 mai 2000.

Le fonds n'a donc pas pu fonctionner l'année de sa création. Il ne pourra pas davantage fonctionner en année pleine sur l'exercice 2000.

Le fonds, dont les ressources sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, avait été doté en recettes, par chacune

des lois de financement, de 500 millions de francs en 1999 et 2000 pour chaque exercice.

Compte tenu de l'absence d'activité du fonds, les dépenses ont été nulles en 1999. En 2000, elles devraient être inférieures à 300 millions de francs.

Le **paragraphe I** réécrit le III de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 qui crée le fonds.

Dans sa rédaction actuelle, ce III prévoit que les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et pour 1999 à 500 millions de francs. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire selon les règles qui s'appliquent à la répartition entre ces régimes des cotisations sociales des médecins et auxiliaires médicaux conventionnés prises en charge.

L'article 28 de la loi de financement de la sécurité sociale a pour sa part précisé que le fonds était doté de 500 millions de francs au titre de l'exercice 2000.

La rédaction du III proposée initialement par le présent article prévoit qu'un arrêté du ministre chargé de la Sécurité sociale fixe, chaque année, compte tenu du montant de dépenses autorisées chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et des crédits non consommés au titre des exercices antérieurs, le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie.

En clair, le Parlement vote le montant total des dépenses autorisées du fonds, le pouvoir réglementaire fixe la hauteur de la contribution des régimes, dans la limite de la fourchette fixée par le Parlement, en tenant compte de la consommation antérieure.

Le décret n° 99-940 du 12 novembre 1999 a en effet prévu que les crédits non consommés restaient acquis au fonds et pouvaient être reportés sur les exercices suivants.

Dans sa rédaction initiale, le **paragraphe II** du présent article prévoit que le montant total des dépenses du fonds est fixé à 700 millions de francs.

Les différents éléments disponibles sur ce fonds laissent transparaître une certaine confusion :

- l'exposé des motifs du projet de loi indique que les dépenses estimées du fonds ne devraient pas excéder 200 à 300 millions de francs en 2000 et pourraient atteindre 1,2 à 1,3 milliard de francs (en 2001 ?) ;

- le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale évoque quant à lui, pour le seul régime général, 50 millions de francs en 2000 et 400 millions de francs en 2001.

Pour sa part, la ministre de l'Emploi et de la Solidarité, a indiqué lors de la séance publique qu'il y avait « *1 milliard de francs d'excédents* » dans le fonds et que l'on pouvait dépenser « *700 millions de francs en 2001, compte tenu d'une prévision de dépenses de 300 millions de francs pour 2000.* »

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements présentés par M. Claude Evin, rapporteur :

- le premier supprime le I de cet article. Le rapporteur a indiqué en séance publique que cet amendement visait à « *maintenir la responsabilité du Parlement dans la fixation du montant des ressources du fonds* » ;

- en conséquence, le second réécrit le II en prévoyant que le montant total des dépenses du fonds est fixé, pour 2001, à 700 millions de francs. L'exposé des motifs de cet amendement précise que « *le Parlement fixe le montant des ressources du fonds ainsi que le montant maximal des dépenses pour l'exercice de l'année suivante* ».

III - La position de votre commission

Votre commission considère que la situation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville témoigne des dérives auxquelles aboutit la pratique répétée consistant à multiplier les fonds de toutes sortes.

Désormais, chaque loi de financement comporte la création d'un nouveau fonds sans que l'on sache précisément à quoi ont servi les fonds créés précédemment et quelle sera l'utilité du nouveau fonds créé.

La loi de financement adoptée, et l'effet d'affichage probablement atteint, le Gouvernement se désintéresse généralement du fonctionnement du

fonds, retarde la parution des décrets constitutifs et laisse les sommes prévues sans affectation.

Le Parlement rencontre quant à lui les plus grandes difficultés à obtenir des informations sur le fonctionnement et l'activité de ces fonds.

Votre commission n'est pas hostile au principe de la création de fonds destinés à faciliter les réformes. Elle souhaite cependant que cette pratique se fasse dans la plus complète transparence : le Parlement doit être informé du détail des actions financées et envisagées et des montants engagés.

Sous réserve des explications qui pourront lui être fournies en séance publique par le Gouvernement, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 31 (supprimé)

(art. L. 133-5, L. 142-3, L. 145-1, L. 145-1-1 nouveau, L. 145-1-2, L. 145-6 et L. 145-7, L. 145-7-1 nouveau, L. 145-10 nouveau, L. 145-11 nouveau, L. 162-5-2, L. 162-5-7, L. 162-12-16, L. 162-34-7 nouveau, L. 315-3 du code de la sécurité sociale)

Règlement des litiges avec les professionnels de santé

Objet : Cet article, supprimé par l'Assemblée nationale, procède à une refonte complète des mécanismes de règlement des litiges avec les professionnels de santé.

I - Le dispositif proposé

Cet article, supprimé par l'Assemblée nationale en première lecture, modifie profondément les procédures de règlement des litiges entre les caisses d'assurance maladie et les professionnels de santé.

Actuellement, les litiges entre les caisses et les professionnels de santé, outre les procédures civiles et pénales, peuvent être réglés dans le cadre de plusieurs procédures spécifiques :

- section des assurances sociales (SAS) des conseils des ordres professionnels,

- procédures conventionnelles, différentes selon les conventions et pour certaines conventions, différentes selon les griefs,

- comité médical régional,
- éventuellement, des procédures de récupération de l'indu.

Cette multiplicité des procédures dont certaines sont générales, d'autres particulières, qui peuvent être cumulées ou sont exclusives, rendent les contentieux difficiles et leur issue très aléatoire.

Une enquête réalisée en 1999 par la CNAMTS auprès des caisses primaires d'assurance maladie (CPAM) et des échelons régionaux du service médical (ERSM) a mis en exergue les problèmes auxquels ceux-ci se heurtaient en matière de contentieux à l'égard des professionnels de santé.

La Cour des comptes a eu également l'occasion de pointer le manque d'efficacité de ces contentieux compte tenu de la multiplicité et de la complexité des procédures.

Un groupe de travail médico-administratif a été constitué au printemps 2000 associant des CPAM et des ELSM afin de proposer des modifications de texte visant à améliorer les procédures existantes dans un premier temps. Par ailleurs, une réflexion sur une réforme plus ambitieuse de l'architecture générale des contentieux a été engagée en vue d'une proposition de réforme globale des contentieux qui aurait été présentée au ministère en 2001.

Ce programme de travail a été interrompu par le dépôt du présent projet de loi qui procède donc, dans cet article, à une réforme globale des contentieux à l'égard des professionnels de santé et qui ne correspond que partiellement aux options sur lesquelles travaillait la CNAMTS.

La réforme proposée par cet article se caractérise par deux innovations principales :

- l'instauration d'une possibilité de conciliation préalable, dont l'échec autorisera les caisses à prendre des mesures immédiatement exécutoires allant jusqu'à la suspension du conventionnement pour une durée maximale de trois mois ;
- la dévolution aux seules sections des assurances sociales de l'ensemble du contentieux des sanctions des professionnels de santé, actuellement éclaté entre plusieurs instances.

• ***Champ de la nouvelle procédure***

La plupart des procédures sont fondues dans le cadre de ce nouveau dispositif à l'exclusion des procédures disciplinaires ordinaires et de la procédure de récupération de l'indu.

Le nouveau dispositif inclut en outre le non-respect des dispositions conventionnelles, les conventions ne pouvant plus introduire de sanctions hormis pour des dispositifs auxquels les professionnels de santé peuvent adhérer individuellement (option du médecin référent, contrat de bonne pratique).

Il conduit donc à la disparition des comités médicaux régionaux.

• ***Déroulement de la procédure***

Suite au constat des manquements réalisé par la caisse primaire, le professionnel peut demander une conciliation. Si la conciliation n'aboutit pas ou à défaut de conciliation, la caisse, soit sollicite une sanction auprès de la section des assurances sociales du conseil de l'Ordre, soit prononce directement une sanction. Le professionnel peut, dans ce dernier cas, introduire un recours contre la décision de la caisse primaire auprès de la section des assurances sociales du conseil de l'Ordre.

• ***Financement du nouveau dispositif***

L'élargissement des compétences des sections des assurances sociales - jusqu'alors financées par les seuls ordres professionnels- implique un renforcement de leurs moyens budgétaires : l'article prévoit une participation financière des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonctionnement de ces sections.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par M. Claude Evin, rapporteur, tendant à supprimer cet article. Ce vote a été acquis à l'unanimité malgré l'avis défavorable émis par le Gouvernement.

M. Claude Evin a indiqué en séance publique les raisons qui avaient conduit la commission à proposer la suppression de cet article : « *Parce que dès lors qu'il ne concerne pas l'application de l'ONDAM, le Conseil constitutionnel pourrait le considérer comme un « cavalier social » n'entrant pas dans le champ des ordonnances de 1996 et de la loi organique* ».

Le rapporteur a ajouté qu'il « *serait opportun que le Gouvernement prolonge sa réflexion dans les semaines qui nous séparent du mois de janvier,*

en concertation avec les professionnels, afin de parvenir à une procédure privilégiant la recherche de compromis par l'introduction d'un conciliateur, voire une amélioration de la conciliation en amont ».

III - La position de votre commission

Votre rapporteur considère qu'il s'agit là d'un bel exemple d'improvisation : personne ne semble avoir été informé de ce projet qui réforme pourtant de fond en comble les procédures de règlement des litiges.

La procédure envisagée semble techniquement très imparfaite et juridiquement douteuse.

En outre, le dispositif proposé n'a, à l'évidence, pas sa place en loi de financement de la sécurité sociale et constitue très clairement un « cavalier social ».

Le résultat final était logique : le Gouvernement a vu son texte repoussé par l'Assemblée nationale à l'unanimité, ce qui est tout de même peu fréquent...

Votre commission considère que l'on ne saurait légiférer sur un sujet aussi important de manière précipitée, sans même avoir pris la peine de consulter les partenaires intéressés : la CNAMTS, les ordres professionnels et les syndicats représentatifs.

A l'évidence, la réforme proposée, qui mérite d'être très sérieusement remaniée, pourrait trouver sa place dans le futur projet de loi de modernisation du système de santé.

Pour ces raisons, votre commission vous propose de maintenir la suppression de cet article.

*Article additionnel après l'article 31
(art. L. 162-15-3 du code de la sécurité sociale)*

Suppression des lettres-clés flottantes et institution d'un mécanisme de maîtrise médicalisée des dépenses

Votre commission vous propose d'adopter un amendement insérant un article additionnel après l'article 31.

Cet amendement :

- abroge l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 qui a mis en place un mécanisme pervers de régulation des dépenses par lettres-clés flottantes. Ce dispositif a abouti, comme l'avait prévu votre commission, à une remise en cause sans précédent du système conventionnel institué depuis 1971 et à une détérioration particulièrement inquiétante des relations entre les professionnels de santé et la CNAMTS ;

- et propose, comme l'année dernière, un mécanisme alternatif de maîtrise de l'évolution des dépenses médicales faisant appel à la responsabilité individuelle des médecins et contribuant à l'amélioration des pratiques médicales, dans l'intérêt des patients.

Le **paragraphe I** de l'amendement abroge l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

Le **paragraphe II** prévoit d'abord l'organisation collective des moyens de la régulation médicalisée des dépenses, en inscrivant dans la loi que l'annexe annuelle à la convention met en place les instruments de maîtrise médicalisée de nature à favoriser le respect de l'objectif prévisionnel des dépenses par l'ensemble des médecins conventionnés.

Il fait donc appel, dans un premier temps, à la responsabilité professionnelle collective des médecins libéraux, qui est seule de nature à garantir durablement l'exercice d'une médecine de qualité au moindre coût.

Dans un deuxième temps, le dispositif proposé par le paragraphe III prévoit la procédure applicable en cas de dérapage des dépenses.

L'analyse des raisons de ce dérapage fait nécessairement apparaître les postes de dépenses qui ont dérivé par rapport à l'objectif. Les partenaires conventionnels en dressent la liste, qui correspondra à des contrats régionaux d'objectifs et de moyens qui devront être conclus au niveau de chaque union régionale de caisses d'assurance maladie au début de l'année suivante.

Aux termes de ces contrats, seront fixés des objectifs individualisés d'activité pour les médecins, qui tiennent compte de plusieurs éléments : écart par rapport à l'objectif de dépenses, caractéristiques de l'activité du médecin et de ses prescriptions, résultats des évaluations individuelles réalisées par les unions régionales de médecins, participation aux actions de formation médicale, respect des références médicales opposables.

Les médecins peuvent donc, en cas de dépassement de l'objectif, amender leur pratique individuelle au regard d'objectifs individuels d'activité.

En fin d'exercice, un bilan d'application des contrats régionaux est réalisé. Les partenaires conventionnels en tirent les conséquences dans le contenu de l'annexe annuelle à la convention.

Ce dispositif de maîtrise présente les caractéristiques suivantes :

- il assure le maintien de la vie conventionnelle ;
- il est simple ;
- il est médicalisé, et présente donc l'avantage de contribuer à améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses ;
- il est régionalisé, car c'est au niveau régional que seront le mieux appréciés les dépassements, leurs causes, et les modalités de leur résorption ;
- il est efficace, puisqu'il garantit le respect de l'objectif de dépenses ;
- il permet aux médecins d'amender individuellement leurs pratiques professionnelles, si les mécanismes collectifs de maîtrise médicalisée n'ont pas suffi à assurer le respect de l'objectif.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

Art. 31 bis (nouveau)

(art. L. 162-15-3 du code de la sécurité sociale)

Troisième rapport d'équilibre sur l'objectif de dépenses déléguées

Objet : Cet article prévoit que le troisième rapport élaboré par la CNAMTS et transmis au Parlement avant le 15 novembre tient compte de l'ONDAM proposé dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Cet article additionnel, introduit par l'Assemblée nationale résulte d'un amendement présenté par son rapporteur, M. Claude Evin.

Sa présence dans ce texte est révélatrice de l'échec flagrant du dispositif de régulation des dépenses reposant sur un mécanisme de lettres-clés flottantes et de rapports périodiques élaborés par la CNAMTS.

En effet, le rebasage de l'ONDAM 2001 prive de toute signification le troisième rapport d'équilibre qui devait être présenté le 15 novembre prochain. La CNAMTS a d'ores et déjà tiré les conséquences de ce rebasage en annonçant qu'elle ne prendrait aucune mesure correctrice d'importance envers les professionnels de santé à l'occasion de ce troisième rapport.

On voit mal en effet comment de nouvelles sanctions pourraient être prises à l'encontre des professionnels de santé alors que le Gouvernement, prenant acte du dérapage des dépenses, annonce parallèlement un ONDAM rebasé.

L'adoption par l'Assemblée nationale de cet article additionnel témoigne à l'évidence du problème que soulève la coexistence juridique d'un troisième rapport et l'examen concomitant par le Parlement d'un ONDAM 2001 qui « passe l'éponge » sur les dépassements constatés en 2000.

II - La position de votre commission

Par cohérence avec l'amendement qu'elle vous propose tendant à insérer un article additionnel après l'article 31, qui supprime le mécanisme des lettres-clés flottantes et les trois rapports annuels de la CNAMTS, **vostra commission vous demande d'adopter un amendement de suppression de cet article.**

Art. 32

Agence technique de l'information sur l'hospitalisation

Objet : Cet article crée une agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

I - Le dispositif proposé

Le projet de loi relatif à la modernisation sociale comporte un article 4 relatif aux systèmes d'information de l'Etat et des agences régionales de l'hospitalisation. Cet article prévoit, en particulier, la création d'une Agence technique de l'information sur l'hospitalisation.

L'examen par le Parlement de ce texte ayant été repoussé, le Gouvernement a prévu de créer cette agence par un décret.

L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation serait un établissement public administratif permettant de réunir l'ensemble des équipes (médecins, statisticiens, informaticiens) qui interviennent actuellement dans la mise en oeuvre du PMSI.

L'annexe *b2* au projet de loi de financement présente un bilan du programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). La comparaison du coût de production de l'unité ISA (indice synthétique d'activité) permet désormais d'analyser précisément les disparités de ressources entre régions et le niveau de dotation de chaque établissement. Ces informations jouent désormais un rôle central dans la détermination du taux d'évolution des dépenses par région.

Cependant, **certaines dispositions relatives à la création de cette agence relèvent de la loi** : elles ont par conséquent été intégrées dans le présent projet de loi.

Le **paragraphe I** prévoit que l'Agence reçoit une dotation globale versée par l'assurance maladie : un décret en Conseil d'Etat détermine notamment les modalités de fixation et de révision de cette dotation globale.

Le **paragraphe II** autorise l'Agence à conclure des contrats de durée indéterminée avec les agents contractuels de droit public qu'elle emploie.

Le financement de cet établissement public serait double :

- Etat, d'une part, 9,5 millions de francs étant d'ores et déjà inscrits à cet effet au chapitre 36-81, article 93, du budget de la santé et de la solidarité pour 2001 ;

- Assurance maladie, d'autre part, au travers d'une dotation globale prévue par le présent article, de l'ordre de 20 millions de francs, déjà incluse dans le compte prévisionnel de la branche pour 2001.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par M. Claude Evin, rapporteur, précisant, dans le **paragraphe I**, la liste des ressources de l'Agence :

- des subventions de l'Etat, ainsi que, le cas échéant, des subventions d'autres personnes publiques ;

- une dotation globale versée par l'assurance maladie ;

- les produits des redevances de services rendus ;

- les produits divers, dons et legs.

III - La position de votre commission

Votre rapporteur n'est pas convaincu de l'utilité de créer un nouvel établissement public pour gérer le PMSI. Aucune des nombreuses personnes qu'il a auditionnées n'a d'ailleurs été en mesure de lui expliquer en quoi cette réforme structurelle était nécessaire.

Le PMSI fonctionne aujourd'hui de manière satisfaisante. Si l'on souhaite confier son pilotage à une structure clairement identifiée, cette mission devrait logiquement revenir à la nouvelle Direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins (DHOS).

Votre commission considère que l'Etat doit assumer clairement ses responsabilités et cesser de multiplier des structures parallèles à ses propres administrations. Si la DHOS n'est pas à même de piloter le PMSI, il convient de s'interroger sur les missions de cette direction.

Votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 33

(art. 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998)

**Création d'un fonds pour la modernisation sociale
des établissements de santé**

Objet : Cet article crée un fonds pour la modernisation des établissements de santé qui se substitue à l'actuel fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé.

I - Le dispositif proposé

L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 a créé, pour cinq ans, un *fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé* (FASMO).

Le décret d'application de cet article (*n° 98-1221 du 29 décembre 1998*) n'est sorti que très tardivement, un an après le vote de la loi.

Pourtant, la création de ce fonds avait été présentée comme urgente par le Gouvernement car elle devait contribuer à favoriser la restructuration du tissu hospitalier.

Par ailleurs, ce décret souffrait d'une « illégalité par défaut ».

En effet, alors que la loi avait prévu que les aides versées par ce fonds pourraient concerner les personnels des établissements de santé mentionnés au premier alinéa de l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les établissements de santé publics et les établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier, le décret réservait les aides du fonds aux seuls personnels des établissements publics de santé.

Préalablement cantonnée à la prise en charge d'aides destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels, la mission du fonds a été élargie par le décret n° 2000-684 du 20 juillet 2000 au financement d'« *opérations de modernisation sociale agréées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation* » (ARH) compétente, « *dans le respect du schéma régional*

d'organisation sanitaire », conformément au protocole d'accord sur les conditions de travail dans les hôpitaux de mars 2000.

Désormais, les opérations éligibles à un financement par le fonds sont de trois types. Il s'agit :

- des contrats d'amélioration des conditions de travail des personnels, découlant d'un accord négocié avec les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement concerné et d'un diagnostic réalisé par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;

- des actions de modernisation sociale arrêtées sur la base du projet social de l'établissement ;

- et, comme précédemment, des aides individuelles destinées à favoriser la modernisation et l'adaptation des personnels.

La longévité du nouveau FASMO a été pour le moins limitée : le présent article lui substitue un *fonds pour la modernisation des établissements de santé* (FMES), qui reprend l'intégralité de ses compétences.

A l'origine, le FMES devait être créé dans le cadre de la loi de modernisation sociale, dont il constituait l'article 3.

Le **paragraphe I** crée le fonds, géré par la Caisse des dépôts et consignations.

Le **paragraphe II** précise ses missions. Le fonds finance des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé. A ce titre, il participe au financement :

1° De contrats d'amélioration des conditions de travail ayant fait l'objet d'un accord négocié entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement ;

2° Des actions de modernisation sociale, notamment celles figurant dans le volet social des contrats d'objectifs et de moyens ;

3° Des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation.

S'agissant des missions qui lui sont confiées, le nouveau FMES ressemble donc furieusement à l'ancien FASMO modifié par le décret du 20 juillet 2000 !

Le **paragraphe III** prévoit qu'outre les établissements entrant dans le champ du service public hospitalier (établissements de santé publics et établissements de santé privés à but non lucratif admis à participer au service public hospitalier), le FMES pourra soutenir les établissements privés engagés dans une opération de coopération avec un établissement public de santé.

Le **paragraphe IV** dispose que les ressources du fonds seront constituées par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie dont un arrêté interministériel fixera le montant et que le solde disponible du FASMO est versé au nouveau fonds à la date de sa création.

En 2000, le fonds dispose de 400 millions de francs au titre des contrats d'amélioration des conditions de travail et de 400 millions de francs au titre des actions de modernisation sociale, comme le prévoit le protocole d'accord du 14 mars 2000. De plus, les disponibilités du FASMO sont affectées au nouveau fonds, soit 200 millions de francs.

En effet, au titre de l'année 1998, le FASMO a été doté de 300 millions de francs mais ces crédits n'ont été que partiellement consommés. Au total, la dotation du fonds pour 2000 est d'1 milliard de francs.

Dans le protocole d'accord précité, le Gouvernement s'était engagé à doter ce fonds de 300 millions de francs en 2001 et 2002.

Le **paragraphe V** prévoit que les modalités d'application de l'article sont déterminées par décret.

Très logiquement, le **paragraphe VI** abroge l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de précision présenté par M. Claude Evin, rapporteur, prévoyant dans le paragraphe IV que les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et non par arrêté interministériel, et fixant, pour 2001, cette contribution à 300 millions de francs.

III - La position de votre commission

Contrairement à ce que sa dénomination pourrait laisser croire, le fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé ne bénéficient pas aux

établissements de santé privés, sauf s'ils sont engagés dans une opération de coopération avec un établissement public de santé.

Compte tenu des difficultés aiguës que rencontrent aujourd'hui les établissements de santé privés, votre rapporteur juge nécessaire de leur ouvrir le bénéfice de ce fonds.

Votre commission vous propose donc d'adopter un amendement prévoyant que les établissements de santé privés peuvent bénéficier du FMES.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 34

*(art. L. 162-22-3, L. 162-22-4, L. 162-22-5, L. 162-22-8
du code de la sécurité sociale, L. 6114-3 du code de la santé publique)*

Tarification des cliniques pour l'activité d'urgence

Objet : Cet article prévoit les modalités de financement de l'activité de soins d'accueil et de traitement des urgences dans les établissements de santé privés.

I - Le dispositif proposé

L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a réformé la procédure d'allocation des ressources aux cliniques privées. L'ensemble des nombreux textes réglementaires d'application de ce nouveau dispositif n'ont cependant toujours pas été publiés.

En vertu de l'article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale, introduit par ledit article 33, les tarifs des prestations des établissements de santé privés sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens.

Le présent article propose que l'activité de soins d'accueil et de traitement des urgences dans ces établissements puisse être financée, à titre dérogatoire et de façon conjointe, par les tarifs des prestations d'hospitalisation mais également par un forfait annuel.

Le **paragraphe IV** insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-22-8 permettant de rémunérer l'activité d'urgence pour les établissements de santé privés.

Cette rémunération n'est ouverte que pour les structures dûment autorisées par l'Agence régionale d'hospitalisation (ARH) en application du volet « urgences » des schémas régionaux de l'organisation sanitaire. Elle est organisée à deux niveaux et en deux temps :

a) un forfait global versé sous forme de douzièmes pour couvrir les frais de structures des établissements ;

b) une rémunération à l'acte pour chaque passage aux urgences couvrant les charges variables.

Le dispositif offre une garantie de maîtrise de l'évolution de ces dépenses en les intégrant dans le champ de l'OQN des établissements de santé privés. Les montants des forfaits annuels applicables aux établissements sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens.

Le nouveau dispositif entrera en vigueur le 1^{er} mai 2001.

Le **paragraphe I** modifie l'article L. 162-22-3 définissant le contrat national bipartite conclu entre les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale et au moins une des organisations les plus représentatives. Ce contrat porte sur deux points : l'évolution moyenne des tarifs et les variations tarifaires allouées par les ARH aux établissements.

Ce paragraphe modifie l'article L. 162-22-3 sur trois points :

- premièrement, l'accord fixe le montant national des nouveaux forfaits annuels et « les critères présidant à la détermination du montant de chacun de ces forfaits et leur valeur unitaire » (*4^o nouveau à l'article L. 162-22-3*) ;

- deuxièmement, l'accord national fixe les évaluations moyennes nationale et régionales des forfaits ainsi que la fourchette de modulation pour les ARH (*1^o et 2^o complétés*). L'accord national pourra donc fixer des taux d'évolution des forfaits différents suivant les régions ;

- troisièmement, l'accord national fixe le tarif des prestations nouvellement créées (*3^o nouveau à l'article L. 162-22-3*).

Le **paragraphe II** prévoit que l'accord régional visé à l'article L. 162-22-4 (issu de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000) entre l'ARH et les fédérations de cliniques fixe « *les critères qui président à la modulation des taux d'évolution des forfaits* ».

Ces critères de modulation sont les mêmes que ceux utilisés pour « *les règles générales de modulation des tarifs des prestations* » fixées par l'accord

régional, c'est-à-dire les objectifs des SROS et les orientations de la Conférence régionale de santé.

Le **paragraphe III** et le **paragraphe V** modifient les articles L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale et L. 6114-3 du code de la santé publique concernant les contrats d'objectifs et de moyens entre les ARH et les établissements de santé.

Les montants des forfaits annuels seront fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens dans le respect des accords national et régionaux. Depuis la dévolution aux ARH du pouvoir tarifaire par la loi de financement pour 2000, c'est également un avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens qui fixe les tarifs de chaque établissement.

Cet article a été adopté sans modification par l'Assemblée nationale.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 35

Dotation du fonds pour la modernisation des cliniques privées

Objet : Cet article prévoit que le fonds de modernisation des cliniques privées sera doté de 150 millions de francs en 2001.

I - Le dispositif proposé

L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a institué, pour une durée de cinq ans, à compter du 1^{er} janvier 2000, un fonds géré par la Caisse de dépôts et consignations, dénommé « fonds pour la modernisation des cliniques privées », destiné prioritairement à accompagner des opérations de modernisation et d'adaptation de l'offre hospitalière pour ce qui concerne les établissements de santé privés sous OQN.

Le montant du fonds a été fixé à 100 millions de francs pour l'année 2000.

Il revient à l'ARH d'attribuer chaque année les subventions du fonds après avis du comité régional des contrats. Une circulaire à destination des ARH devrait fixer la répartition du fonds entre les régions pour l'année 2000 en fonction des critères suivants :

- 90 millions de francs au prorata des dépenses réalisées pour chaque région en 1999. Pour la première année de mise en œuvre, une répartition du fonds proportionnelle à l'importance du secteur privé au sein des régions est apparue comme la plus adaptée, les dépenses subventionnables de modernisation du tissu hospitalier étant a priori proportionnelles au nombre et à l'importance des établissements.

- 10 millions de francs en fonction de la répartition géographique des établissements retenus dans le cadre de l'expérimentation PMSI en soins de suite et de réadaptation. Cette expérimentation devrait permettre notamment d'établir une échelle de coûts relatifs adaptée à cette activité.

Le tableau récapitulatif des montants accordés à chacune des régions figure dans l'exposé général du présent rapport¹.

II - La position de votre commission

Votre rapporteur souhaite rappeler à l'occasion de cet article les difficultés que rencontrent non d'établissements de santé privés. La conjugaison d'une enveloppe moins généreuse que celle de l'hôpital public et du passage effectif aux 35 heures a profondément fragilisé les cliniques privées. L'avenir de beaucoup d'entre elles paraît pour le moins incertain.

Votre rapporteur juge par conséquent que la dotation du fonds est notoirement insuffisante pour accompagner efficacement les restructurations nécessaires : il est douteux que les 50 millions de francs supplémentaires prévus par le présent article améliore sensiblement la situation.

Sous réserve de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

¹ Tome I, p. 170.

Art. 36

(art. L. 174-1-1, L. 174-15 et L. 713-20 du code de la sécurité sociale)

Financement du service de santé des armées

Objet : Cet article réforme le financement du service de santé des armées et de l'Institution nationale des Invalides

I - Le dispositif proposé

Le cadre régissant la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses des établissements de santé des Armées est la convention du 11 avril 1983 signée entre le ministère de la Défense et la CNAMTS qui « *définit les conditions de prise en charge et de remboursements des frais d'hospitalisation et de soins externes engagés à l'occasion de soins médicaux, chirurgicaux, obstétricaux ou de spécialités dispensés aux assurés sociaux* ».

Les caisses d'assurance maladie prennent en charge la facturation des établissements de santé des Armées sur la base d'un prix de journée tout compris incluant le forfait journalier.

Les montants des prix de journée sont réévalués annuellement et fixés unilatéralement par le ministère de la Défense et notifiés à la CNAMTS puis aux caisses. Les dépenses des établissements de santé des Armées ne sont pas de fait soumises à un mode de régulation.

Pour les 13 établissements de santé des armées actuellement ouverts, le régime général a remboursé 1.577 milliards de francs en 1999. Le montant des dépenses du service de santé des Armées à la charge des différents régimes d'assurance maladie s'est élevé à 2.102 milliards de francs en 1999.

Le présent article intègre les établissements de santé des Armées dans le dispositif de droit commun des établissements publics de santé s'agissant du paiement de la dotation globale par la caisse-pivot qui sera la caisse nationale militaire de sécurité sociale et de l'application de la procédure de répartition entre les régimes du montant versé au service de santé des armées pour les hôpitaux militaires, ceux-ci n'ayant pas d'autonomie juridique.

Le **paragraphe I** de cet article réécrit l'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale afin d'instaurer, à compter du 1^{er} janvier 2001, le financement par dotation globale des établissements de santé des Armées et ainsi une régulation des dépenses puisque cette dotation sera déterminée en fonction de l'objectif

prévisionnel des dépenses d'assurance maladie fixé pour les établissements de santé.

Le premier alinéa dispose que les dépenses du service de santé et de l'Institution nationale des invalides incluses dans l'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) « *sont financées sous la forme d'une dotation globale annuelle* ». Chacune de ces dotations globales sera arrêtée en fonction de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses de santé des établissements financés par dotation globale visé à l'article L. 174-1-1 du code susmentionné.

L'objectif des établissements de santé sous dotation globale est l'enveloppe « établissements sanitaires » dont le montant est transmis à l'information du Parlement au moment du vote de l'ONDAM et qui est fixé en janvier par un arrêté des ministres chargés de la Santé, de la Sécurité sociale, du Budget et de l'Economie.

Le système de caisse-pivot est étendu aux hôpitaux militaires. Ce système existe déjà depuis 1996 pour les hôpitaux publics et depuis la loi de financement pour 2000 pour les cliniques privées. Ce système est un élément de gestion technique indispensable car il permet de « localiser » les dépenses d'hospitalisation par établissement quel que soit le régime du patient hospitalisé.

Cependant, cette caisse-pivot n'est pas la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement comme pour les hôpitaux publics et les cliniques privées, mais une « caisse désignée par arrêté interministériel » c'est-à-dire les ministres chargés de la Sécurité sociale, de la Santé mais aussi le ministre chargé des Armées. Cette spécificité rappelle l'autonomie du secteur hospitalier militaire dans l'organisation hospitalière publique.

Le second alinéa précise que les dispositions relatives à la tarification de prestations pour les personnes non couvertes par l'assurance visées à l'article L. 174-3 et le régime du forfait journalier dans les établissements hospitaliers ou médico-sociaux visé à l'article L. 174-3 sont applicables au service de santé des Armées.

Le **paragraphe II** précise que la caisse nationale militaire de sécurité sociale pourra, le cas échéant, verser la dotation globale allouée au service de santé des armées aux établissements.

La circonscription de cette caisse autonome qui gère les prestations de sécurité sociale du personnel militaire est l'ensemble du territoire métropolitain.

Le **paragraphe III** complète l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale concernant le montant annuel des dépenses hospitalières et sa déclinaison en dotations régionales en indiquant que « *certaines des dépenses incluses dans*

l'ONDAM (...) peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales ». La fixation des dotations des hôpitaux militaires ne peut pas relever de la compétence des Agences régionales de l'hospitalisation (ARH), puisque les hôpitaux militaires sont placés sous l'unique responsabilité du ministre chargé des Armées. Les hôpitaux militaires n'ont pas d'autonomie juridique comme les établissements publics de santé ; ce sont des services en régie du ministère de la Défense. Ces dotations ne peuvent donc être incluses dans les dotations régionales gérées par les ARH.

Le **paragraphe IV** prévoit un décret en Conseil d'Etat afin de définir les modalités d'application de ce nouveau dispositif financier.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par M. Claude Evin, rapporteur, modifiant la rédaction de l'article L. 174-15 afin de préciser que les dotations globales attribuées aux établissements militaires sont fixées par les ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale.

Elle a également adopté un amendement rédactionnel.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 36 bis (nouveau)

(art. L. 6211-5 du code de la santé publique)

**Transmission pour analyse des prélèvements effectués
par les professionnels de santé**

Objet : Cet article permet aux professionnels de santé et aux structures -établissements et centres de santé- qui ne disposent pas d'un laboratoire d'analyses de biologie médicale d'effectuer des transmissions de prélèvements en vue d'analyse.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 6211-5 du code de la santé publique prévoit que la transmission de prélèvements aux fins d'analyses n'est autorisée qu'au pharmacien d'officine installé dans une agglomération où n'existe pas de laboratoire exclusif ou qu'entre laboratoires.

Cet article additionnel, qui résulte d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, permet aux professionnels de santé libéraux, compétents pour effectuer des prélèvements, et aux structures -établissements et centres de santé- qui ne disposent pas d'un laboratoire d'analyse de biologie médicale d'effectuer des transmissions de prélèvements en vue d'analyse aux laboratoires d'analyses de biologie médicale.

Cette disposition vise, selon l'exposé des motifs de l'amendement, « à encadrer la pratique de ces transmissions, qui doivent être effectuées dans des conditions garantissant la sécurité et la qualité des examens. »

Un décret en Conseil d'Etat définira les règles pratiques de réalisation et de transmission (délais, conditionnement, acheminement), venant ainsi compléter les dispositions prévues par le guide de bonne exécution des analyses de biologie médicale (GBEA). Ce décret sera pris sur la base des conclusions du groupe de travail chargé de définir les modalités techniques à mettre en œuvre dans la période allant du prélèvement jusqu'à la réalisation de l'analyse.

II - La position de votre commission

Votre commission n'entend pas se prononcer sur le bien-fondé de cet article.

Elle constate simplement que cet article constitue l'archétype du « cavalier » qui n'a, à l'évidence, pas sa place en loi de financement de la sécurité sociale mais, le cas échéant, dans le projet de loi de modernisation sociale qui sera examiné par l'Assemblée nationale en janvier 2001. Cet article n'a en effet aucune incidence directe sur les comptes de la sécurité sociale.

Votre commission vous propose par conséquent d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 37

**Appartements de coordination thérapeutique
et consultations en alcoologie**

Objet : Cet article a pour objet d'inclure les appartements de coordination thérapeutique (ACT) parmi les institutions sociales et médico-sociales régies par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 et de transférer leur financement à l'assurance maladie. Il précise également que les centres de cure ambulatoire en alcoologie peuvent exercer leur mission d'aide aux personnes dépendantes dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS).

I - La situation actuelle

• Les **appartements de coordination thérapeutique (ACT)** ont été créés de manière expérimentale à partir de 1995. Il s'agit de structures à vocation sociale et médico-sociale qui permettent aux victimes du syndrome immunodéficient acquis (SIDA) de bénéficier d'une prise en charge, non seulement médicale, mais aussi sociale : ouverture de droits sociaux pour l'attribution de l'allocation adulte handicapé (AAH) ou du revenu minimum d'insertion (RMI), aide à l'insertion sociale, accompagnement psychologique.

L'exposé des motifs précise que le dispositif actuel comprend 431 places en ACT dont 391 sont destinées aux malades et 40 permettent d'assurer indirectement le financement des personnels d'accompagnement.

Les places des malades sont financées par une participation du budget de l'Etat mais aussi par l'assurance maladie dans le cadre de *l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale* qui dispose que, lorsque des actions expérimentales de caractère médical et social sont menées par des personnes agréées, certains types de dépenses (prestations de l'assurance maladie pour les titulaires d'une pension d'invalidité, frais médicaux de toute nature, frais de maternité, frais médicaux liés

aux accidents du travail) peuvent faire l'objet d'un règlement forfaitaire par les caisses d'assurance maladie, dans le cadre de conventions et sous le contrôle d'une procédure d'évaluation spécifique.

Les ACT, orientés spécifiquement vers les personnes atteintes par le virus VIH, n'ont pas actuellement de base législative. En particulier, ils n'ont pas le statut d'institutions sociales et médico-sociales lesquelles disposent, dans le cadre de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, d'un régime de financement pérenne dans le cadre d'enveloppes de financement calculées en fonction du nombre de personnes hébergées et du prix de journée.

• Pour ce qui concerne **les soins destinés aux personnes alcooliques**, il convient de rappeler que *la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions* a intégré parmi les organismes relevant de la loi du 30 juin 1975 susvisée, les **centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie** (CHAA) qui avaient été créés à partir de 1983 par voie de circulaire. Ces centres, devenus des institutions sociales et médico-sociales à part entière, ont pris la nouvelle appellation de **centres de cure ambulatoire en alcoologie** (CCAA).

L'article 35 de la *loi de financement de la sécurité sociale pour 1999* a prévu que les dépenses médico-sociales des CCAA devaient être prises en charge par l'assurance maladie.

Votre rapporteur avait souligné que ce transfert n'allait pas de soi : en effet, il appartient à l'Etat d'assurer une mission générale d'organisation et de coordination de la prévention et du traitement de l'alcoolisme (*art. L. 3311-1 du code de la santé publique*) ; c'est en vertu de cette compétence que le financement des CHAA, créés dans le cadre de la circulaire de 1983, était pris en charge par le budget de l'Etat sur un chapitre budgétaire relatif aux programmes de lutte contre l'alcoolisme et le tabagisme.

Votre rapporteur avait admis néanmoins que la présence importante de médecins détachés au sein des CHAA, le rôle crucial des soins accordés aux dépendants alcooliques et le fait que la lutte contre l'alcoolisme fasse aussi partie des objectifs de santé publique conduisent à faire prévaloir l'aspect médical de l'activité des centres en alcoologie. Le Sénat avait donc approuvé le transfert de 120 millions de francs correspondant aux dépenses de fonctionnement des CCAA sur le budget de l'assurance maladie.

La mise en place d'un financement des CCAA par l'assurance maladie n'a pas modifié en revanche les modalités spécifiques de financement des prestations offertes dans les *centres d'hébergement et de réinsertion sociale* (CHRS) aux personnes alcooliques dépendantes.

En effet, dans le cadre du programme national de lutte contre les exclusions de 1998, le Gouvernement s'est engagé à abonder à hauteur d'une

dotation annuelle reconductible de 25 millions de francs, les crédits destinés à la prise en charge des personnes alcooliques hébergées ou relevant d'un centre d'hébergement et de réinsertion sociale.

Il est utile de rappeler que les CHRS sont des institutions sociales et médico-sociales relevant d'un financement du budget de l'Etat dans la mesure où l'accueil, le soutien, l'accompagnement et l'insertion des « *personnes ou des familles en détresse* » sont considérés comme un véritable devoir de solidarité nationale.

II - Le dispositif proposé

Le présent article comprend cinq dispositions, les quatre premières concernent les ACT ; la dernière porte sur le rôle des CCAA.

Le **paragraphe I** inscrit la mission actuellement assurée par les ACT parmi celles assurées par les institutions sociales ou médico-sociales au sens de l'article premier de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975.

Il précise que les ACT sont destinés non seulement à l'hébergement des personnes atteintes par le virus du SIDA, mais aussi à celles atteintes d'une maladie chronique. Le dispositif sera ainsi ouvert aux victimes de maladies hépatiques chroniques évolutives et aux personnes atteintes de cancer.

Le **paragraphe II** intègre les ACT parmi l'ensemble des organismes et services visés à l'article 3 de la loi du 30 juin 1975 qui détermine les règles de création.

Il est à noter que, de manière inhabituelle, le I et le II de cet article ne modifient pas directement la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée en raison, semble-t-il, de la procédure de codification en cours de cette loi relative à l'action sociale et médico-sociale dans le cadre du futur « code de l'action sociale ». Il est à noter par ailleurs que le Gouvernement a déposé, le 26 juillet, un projet de loi qui remanie de manière importante la loi n° 75-535 du 30 juin 1975¹.

Le **paragraphe III** de cet article met les dépenses de fonctionnement des ACT à la charge de l'assurance maladie « *sans préjudice d'une participation des collectivités locales* ».

Actuellement, les dépenses des ACT sont assumées pour moitié par l'Etat, pour un quart par l'assurance maladie et pour un quart par la personne accueillie sachant que les sommes en question sont assumées **indirectement** par

¹ *Projet de loi n° 2259 (AN - XI^{ème} législature) rénovant l'action sociale et médico-sociale.*

les départements au travers de l'aide sociale facultative ou encore par les fonds départementaux de solidarité pour le logement (FSL), qui sont financés à parité par l'Etat et par les départements.

Votre rapporteur souligne que, s'agissant d'aide sociale accordée à la personne et à titre facultatif par les départements, il n'est pas très heureux d'inscrire dans la loi le principe d'une participation directe des collectivités locales au financement d'une nouvelle catégorie d'institutions sociales et médico-sociales.

La mention d'un financement direct par les collectivités locales risque de conduire à la reconnaissance d'une compétence nouvelle à la charge des collectivités locales.

Au total, le transfert financier du budget de l'Etat vers l'ONDAM médico-social des dépenses d'assurance maladie s'élèverait, à données constantes, à **29,4 millions de francs**¹.

Le **paragraphe IV** précise les règles d'entrée en vigueur pour les nouvelles autorisations de fonctionnement délivrées aux gestionnaires d'ACT durant la période transitoire au cours de laquelle sera progressivement mis en œuvre le régime d'ouverture prévu par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975.

Enfin, le **paragraphe V** dispose que les CCAA peuvent assurer leurs missions dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) destinés aux personnes ou aux familles en détresse.

Dans la mesure où il est précisé à l'article *L. 3111 du code de la santé publique* que les CCAA sont des institutions sociales et médico-sociales financées par l'assurance maladie, la disposition ci-dessus aboutit en fait à transférer le financement des consultations alcoologiques des personnes accueillies en CHRS du budget de l'Etat vers l'assurance maladie dans le cadre de l'ONDAM médico-social.

L'opération de « débudgétisation » au titre des CHRS entraîne donc un **transfert de 25 millions de francs sur l'assurance maladie**.

L'Assemblée nationale n'a adopté que des amendements rédactionnels à ce dispositif. Mme Elisabeth Guigou a précisé en séance publique que les dépenses d'hébergement pour les appartements thérapeutiques « *seraient assurées par l'Etat comme auparavant* ».

¹ Dans la mesure où la création de 75 places nouvelles est envisagée pour 2001, ce seront 49,4 millions de francs qui seront consacrés aux ACT au sein de l'ONDAM médico-social l'année prochaine.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose tout d'abord d'adopter **deux amendements** rédactionnels à cet article afin d'insérer les ACT directement dans la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 elle-même.

L'objectif du Gouvernement étant de modifier la loi n° 75-535 du 30 juin 1975, il convient de modifier directement le contenu de cette loi, quand bien même il serait envisagé d'insérer prochainement le contenu de la loi en question dans un nouveau code ou de modifier la loi elle-même.

Le législateur ne doit tenir compte, lorsqu'il élabore la loi, que des textes existants et non pas des projets de code élaborés par une instance non élue ou des projets de loi déposés par le Gouvernement mais non encore adoptés.

Votre commission vous propose par ailleurs d'adopter un amendement visant à modifier le III de cet article qui transfère à l'assurance maladie le financement des ACT : il ne s'agit pas, pour votre commission, de contester l'utilité de ce dispositif.

Les ACT jouent un rôle utile ; le rôle des soins est primordial et l'ouverture des appartements thérapeutiques aux personnes atteintes de cancers ou de maladie hépatique est une bonne mesure.

Au-delà du caractère médical de l'activité des ACT, votre rapporteur ne peut que souligner l'importance des aspects médico-sociaux dans le fonctionnement de ces organismes qui conduit à s'interroger sur la part que doit prendre concrètement l'assurance maladie dans leur financement.

Il s'agit surtout, par cet amendement de suppression, de **tirer une « sonnette d'alarme » : la loi de financement de la sécurité sociale ne doit pas devenir une sorte de texte « fourre-tout » destiné à offrir une « session de rattrapage » aux diverses mesures d'ordre social que le Gouvernement n'a pu inscrire à l'ordre du jour dans l'année.**

En fait, le présent article ne comporte de conséquences financières pour l'assurance maladie que pour assurer la recevabilité de cette disposition au sein des lois de financement : inscrire les ACT au titre des établissements régis par la loi de 1975 -avec toutes les garanties de stabilité financière que cela comporte- est assurément plus important que de transférer 29 millions de francs de charges nouvelles sur l'ONDAM médico-social qui a représenté 46,8 milliards de francs en 1999.

Ainsi, la dérive des lois de financement vers des lois « portant diverses mesures » se traduirait paradoxalement par des charges supplémentaires pour l'assurance maladie.

La preuve en est que, dans le **projet de loi portant réforme de la loi du 30 juin 1975**, que le Gouvernement a déposé le 26 juillet 2000 devant l'Assemblée nationale, il est bien **prévu de mentionner les ACT parmi les institutions sociales et médico-sociales**.

Sans ce paragraphe III, l'article 37 apparaîtra pour ce qu'il est véritablement, c'est-à-dire **un simple « cavalier » déguisé, il est vrai, sous un camouflage habile**.

En fait, le Gouvernement serait bien inspiré, plutôt que de procéder à des réformes désordonnées, d'inscrire à l'ordre du jour du Parlement la réforme de la loi du 30 juin 1975 qui est attendue depuis maintenant plus de quatre ans.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Art. 38

(art. L. 5122-6 du code de la santé publique)

Publicité pour les médicaments en voie de déremboursement

Objet : Cet article autorise la publicité pour les médicaments en voie de déremboursement.

I - Le dispositif proposé

Cet article vise à faciliter le développement de l'automédication en autorisant les laboratoires à préparer la sortie d'un produit du marché des spécialités remboursables en informant les médecins et le public.

L'article autorise cette publicité sous réserve que le médicament :

- ne soit pas soumis à prescription médicale ;
- ne fasse pas l'objet d'une restriction en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible de santé publique ;
- soit mentionné dans le cadre d'une convention signée entre le comité économique des produits de santé et le laboratoire, comportant des engagements sur le chiffre d'affaires.

C'est la décision de radiation de la liste des spécialités remboursables qui autorisera l'anticipation de la promotion faite par le laboratoire. Il est prévu une

période de quatre mois pour l'information du corps médical à laquelle se rajoute une période de deux mois pour l'information du grand public.

Le risque financier pendant les deux mois où la spécialité est encore remboursée et où la promotion auprès du grand public est autorisée est *a priori* inexistant dans la mesure où les laboratoires devront s'engager sur leur chiffre d'affaires pendant la période considérée.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements : l'un prévoit que la durée pendant laquelle le médicament peut faire l'objet d'une publicité est limitée à six mois, l'autre est une simple coordination.

III - La position de votre commission

Votre commission est favorable à cet article qui rend moins pénalisant pour les entreprises concernées le déremboursement des médicaments qu'elles commercialisent.

Compte tenu du dispositif réglementaire prévu, elle juge que la précision apportée par l'Assemblée nationale limitant à six mois la durée pendant laquelle la publicité est autorisée apparaît inutile et vous propose de la supprimer.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 39

(art. L. 4001-1 et L. 4002-2 du code de la santé publique)

Création d'un fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique

Objet : Cet article crée un fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique.

I - Le dispositif proposé

Cet article vise à créer un fonds destiné à financer une information médicale et médico-économique indépendante de l'industrie pharmaceutique à destination des professionnels de santé.

Le **paragraphe I** insère au début de la quatrième partie du code de la santé publique un nouveau livre intitulé « Information des professionnels de santé » qui ne comprend pour le moment qu'un chapitre relatif au fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique, composé des articles L. 4000-1 et L. 4000-2.

L'article L. 4000-1 crée le fonds et prévoit qu'il est géré par l'Agence de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS). Le fonds finance ou participe au financement d'actions d'information et de communication en matière de stratégie thérapeutique, notamment de prescription médicamenteuse, arrêtées dans des conditions fixées par décret.

L'article L. 4000-2 précise que les ressources du fonds sont constituées par une fraction du produit de la contribution due par les laboratoires pharmaceutiques au titre de leurs dépenses de publicité, déterminée par arrêté dans la limite d'un plafond de 10 %.

Cette contribution est aujourd'hui intégralement affectée à la CNAMTS : elle devrait rapporter 1,41 milliard de francs en 2000.

Le fonds pourrait par conséquent se voir doté de 140 millions de francs : les ressources de la CNAMTS seraient diminuées d'autant.

Le **paragraphe II** précise que les dispositions de l'article L. 4000-2 sont applicables à la contribution perçue à compter du 1^{er} décembre 2000.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté plusieurs amendements rédactionnels aux paragraphes I et II.

Elle a également introduit un paragraphe III qui prévoit que l'AFSSAPS mettra en œuvre, avant le 1^{er} janvier 2003, une banque de données administratives et scientifiques sur les médicaments et les dispositifs médicaux. Cette base sera rendue accessible au public dans des conditions fixées par décret. Le financement de l'élaboration et du fonctionnement de cette banque de données sera assuré sans contribution des entreprises pharmaceutiques.

II - La position de votre commission

Votre rapporteur conçoit que le Gouvernement souhaite développer ce type de démarche.

Il constate cependant que rien n'empêche l'AFSSAPS de remplir d'ores et déjà cette mission. S'il s'agit simplement d'un problème de moyens financiers, il revient au budget de l'Etat d'accorder à l'Agence la dotation nécessaire.

Votre rapporteur ne voit donc pas la nécessité de créer un énième fonds et de prévoir que le financement de cette action serait pris sur les ressources de l'assurance maladie. Il dénonce à cette occasion la tendance du Gouvernement à multiplier les fonds et complexifier les circuits de financement.

S'agissant du paragraphe III introduit par l'Assemblée nationale, votre rapporteur accueille naturellement favorablement l'idée d'une banque de données administratives et scientifiques sur les médicaments et les dispositifs médicaux.

Cependant, il ne comprend pas davantage pourquoi une disposition législative est nécessaire pour permettre à l'AFSSAPS de mener à bien cette démarche. En outre, prévoir que cette base sera rendue accessible au public dans des conditions fixées par décret est probablement le meilleur moyen qu'elle ne voit jamais le jour...

Pour l'ensemble de ces raisons, votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 40

*(art. L. 138-1, L. 138-10, L. 245-2, L. 245-6-1
du code de la sécurité sociale et art. L. 5121-17
du code de la santé publique)*

Incitation au développement des médicaments orphelins

Objet : Cet article prévoit une série de mesures incitatives pour encourager le développement des médicaments orphelins.

I - Le dispositif proposé

Un médicament est dit orphelin si sa viabilité commerciale n'est pas assurée du fait de l'étroitesse du marché potentiel. Il vise à traiter les maladies dites rares, c'est-à-dire, selon une définition proposée par la Commission européenne, les maladies entraînant une menace pour la vie ou une invalidité

chronique, et dont la prévalence est si faible (inférieure à 5 pour 10.000 dans la population communautaire) qu'elles nécessitent des efforts combinés particuliers.

Avec 3 millions de patients répertoriés dans 6.000 maladies, touchant chacune de 200 à 30.000 personnes, le développement des médicaments orphelins, déjà engagé depuis plusieurs années aux États-Unis et au Japon, est donc un impératif de santé publique, qui a justifié l'édiction d'un règlement communautaire (n° 141/2000) en date du 16 décembre 1999.

Le présent article propose d'exonérer les médicaments orphelins des contributions habituellement prélevées sur le médicament :

Le **paragraphe I** modifie l'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale relatif à la contribution due par les grossistes-répartiteurs pour exclure de son assiette la fraction du chiffre d'affaires réalisé au titre des médicaments orphelins.

Le **paragraphe II** modifie l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale pour exclure des chiffres d'affaire pris en compte pour le déclenchement de la clause de sauvegarde, ceux réalisés par les laboratoires pharmaceutiques au titre des médicaments orphelins.

Le **paragraphe III** modifie l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale relatif à la contribution due par les laboratoires sur leurs dépenses de publicité, pour exclure de son assiette les frais de prospection effectués au titre des médicaments orphelins.

Le **paragraphe IV** modifie l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale relatif à la contribution sur les ventes directes pour exclure de son assiette la fraction du chiffre d'affaires réalisé au titre de ces médicaments.

Enfin, le **paragraphe V** exonère les médicaments orphelins de la taxe annuelle sur les médicaments bénéficiaires d'une autorisation de mise sur le marché perçue au profit de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par M. Claude Evin, rapporteur, visant à rectifier une erreur de numérotation.

III - La position de votre commission

Votre commission se félicite de cet article qui constitue un moyen efficace d'inciter les industriels à développer des médicaments dont le faible marché potentiel compromet la rentabilité.

Elle vous propose à son tour d'adopter un amendement rectifiant une erreur de numérotation.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 41

(art. L. 138-10 du code de la sécurité sociale)

**Clause de sauvegarde applicable à la progression
du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques**

Objet : Cet article augmente le taux de la contribution due par les entreprises pharmaceutiques en cas de dépassement de l'objectif de progression de chiffre d'affaires qui leur est assigné.

I - Le dispositif proposé

Le Parlement a adopté, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, un article 31 instituant à titre permanent une contribution due par les entreprises pharmaceutiques en cas de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Cette taxe comporte plusieurs taux qui croissent très fortement avec le dépassement des dépenses par rapport à l'ONDAM, et comporte des effets de seuils massifs :

Taux d'accroissement (T) du chiffre d'affaires par rapport à l'ONDAM	Taux de la contribution sur le chiffre d'affaires
ONDAM < T ≤ ONDAM + 1 point	0,15 %
ONDAM + 1 point < T ≤ ONDAM + 2 points	0,65 %
ONDAM + 2 points < T ≤ ONDAM + 4 points	1,3 %
ONDAM + 4 points < T ≤ ONDAM + 5,5 points	2,3 %
T > K + 5,5 points	3,3 %

Le texte adopté par le Parlement a prévu que les entreprises conventionnées avec le Comité économique du médicament seraient exonérées du paiement de cette contribution, à condition que cette convention :

- fixe les prix de tous les produits de la gamme de l'entreprise ;
- comporte des engagements de l'entreprise portant sur le chiffre d'affaires de chacun des produits dont le non-respect entraîne, soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise.

Après que les pharmaciens d'officines ont conclu avec l'Etat, en 1998, deux protocoles d'accords, un accord sectoriel a été signé le 9 juillet 1999 entre le Comité économique du médicament¹ et le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique. Il a vocation à couvrir la période 1999-2002.

Cet accord institue, afin d'assurer un meilleur suivi des dépenses de médicaments, un groupe paritaire de concertation. Son objectif sera, non seulement de garantir la régularité d'un suivi, mais aussi de mieux établir les conséquences des modifications de périmètre des dépenses remboursées et non remboursées au sein du chiffre d'affaires de l'industrie.

La régulation conventionnelle instituée par l'accord sectoriel visait ainsi à substituer aux mécanismes de taxation « de sauvegarde » organisés par la loi, et dans les conditions que celle-ci prévoit, un système de remises quantitatives de fin d'année produisant des résultats financièrement équivalents pour la sécurité sociale, mais d'une manière plus adaptée à la différenciation des besoins de santé selon les catégories de médicaments et à la libre concurrence entre les entreprises.

Concrètement, ce sont 148² laboratoires ou groupes qui ont passé avec le comité une convention pluriannuelle exonératoire de la contribution de sauvegarde, sur les 178, représentant la totalité des ventes de médicaments remboursables, auxquels une telle convention avait été proposée par le comité. Le chiffre d'affaires cumulé de ces 148 entreprises représentait 97 % des ventes de médicaments remboursables en France.

Au titre de 1999, le versement devait atteindre, en 2000, 500 millions à 1 milliard de francs. Il ne sera en réalité que 75 millions de francs, au titre de la seule contribution, c'est-à-dire pour les entreprises qui n'ont pas pris partie au conventionnement. Si l'on y inclut les remises, 900 millions de francs ont été reversés, qui viennent s'imputer en moindres dépenses pour l'année 2000.

Au titre de 2000, pour la contribution versée en 2001, l'article 29 de la loi de financement pour 2000 a fixé un seuil de déclenchement de la contribution à 2

¹ Devenu depuis le Comité économique des produits de santé.

² Les non-signataires sont deux laboratoires dont le chiffre d'affaires est important et 28 dont le chiffre d'affaires est inférieur à 20 millions de francs.

%, taux *ad hoc*, déconnecté de tout lien avec l'ONDAM. 2 à 2,8 milliards de francs devraient être versés à ce titre en 2001.

Pour les laboratoires exonérés de la clause de sauvegarde, le mécanisme de remise mis en place a conduit à récupérer, en termes bruts, l'équivalent de ce qu'aurait rapporté la clause de sauvegarde si elle s'était appliquée à tous les laboratoires.

Ces chiffres démontrent que le système conventionnel a bien fonctionné : une très grande majorité des entreprises ont en effet choisi de passer convention avec le Comité économique des produits de santé.

Le présent article procède à un nouvel ajustement du mécanisme de la contribution due par les entreprises au titre de la clause de sauvegarde :

- pour le seuil de déclenchement de la contribution, le **paragraphe I** substitue au taux de progression de l'ONDAM un taux de progression fixé à 3 % pour 2001.

- pour le calcul de la contribution, le **paragraphe II** abandonne le mécanisme actuel, fonction de l'importance du dépassement mais générateur d'effets de seuil, au profit d'un système de récupération « linéaire » permettant de récupérer une part constante (70 %) du dépassement.

Le **paragraphe III** précise que les dispositions du présent article sont applicables à la contribution perçue à compter de l'année 2001.

L'objectif de cet article n'est pas tant, comme le prétend le Gouvernement, de retenir « *un mode de calcul plus simple, linéaire* » mais bien de « *récupérer 70% du dépassement* ».

Dans la mesure où la quasi-totalité des entreprises pharmaceutiques échappera, par le biais de la convention, à cette taxation supplémentaire, on pourrait s'interroger sur la portée réelle d'une telle augmentation.

En réalité, le Gouvernement souhaite, par ce dispositif, augmenter fortement le montant des remises négociées dans le cadre conventionnel, de façon à récupérer une somme à peu près équivalente à ce qu'aurait rapporté l'application de la clause de sauvegarde.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement présenté par M. Claude Evin qui substitue au dispositif proposé par le paragraphe II un mécanisme plus

progressif : le prélèvement serait de 50 % entre 3 et 3,5 % de progression du chiffre d'affaires, de 60 % entre 3,5 % et 4 % et de 70 % au-delà de 4 %.

Présentant cet amendement, M. Evin a précisé qu'il était « *apparu à la commission que le passage immédiat à 70 % pouvait être un peu brutal* ».

L'Assemblée nationale a en outre adopté au paragraphe I un amendement de coordination avec l'amendement adopté au II.

III - La position de votre commission

Lors de la réunion de la Commission des comptes du 21 septembre 2000, Mme Martine Aubry, ministre de l'Emploi et de la Solidarité, avait indiqué que le Gouvernement entendait « *modérer notre dépense de médicaments par des dispositifs structurels efficaces* ».

L'analyse du projet de loi de financement révèle que cette action ambitieuse repose avant tout sur une bonne vieille recette déjà maintes fois utilisée : l'augmentation des prélèvements sur l'industrie pharmaceutique.

Pour le Gouvernement, régulation rime décidément avec taxation.

Les chiffres démontrent pourtant que le système conventionnel a bien fonctionné : une très grande majorité des entreprises ont en effet choisi de passer convention avec le Comité économique des produits de santé.

On peut dès lors se demander pourquoi le Gouvernement a souhaité, dans le présent article, augmenter ce prélèvement jusqu'à atteindre un taux quasi-confiscatoire de 70 %.

Votre rapporteur regrette que le Gouvernement, par des prélèvements excessifs, prenne le risque de décourager les entreprises pharmaceutiques de participer au système conventionnel.

Votre commission vous propose d'adopter deux amendements à cet article.

Le premier assouplit le barème et les taux prévus par le paragraphe II : le prélèvement serait de 40 % entre 3 et 4 % de progression du chiffre d'affaires, de 50 % entre 4 % et 5 % et de 60 % au-delà de 5 %. L'amendement limite donc à un taux maximum de 60 % le montant de la contribution.

Il considère au contraire qu'il est indispensable de préserver l'intérêt, pour les entreprises, d'entrer dans un cadre conventionnel qui leur permette de s'engager individuellement par contrat sur un certain nombre de sujets importants

: génériques, réévaluation de la gamme thérapeutique, engagements promotionnels notamment...

Le second amendement que vous propose d'adopter votre commission prévoit que les remises versées par les entreprises au titre de la politique conventionnelle doivent être inférieures au montant attendu du fait de la clause de sauvegarde.

En effet, même en cas d'objectifs voisins de régulation conventionnelle et législative, la politique conventionnelle ne peut avoir pour effet de prélever au titre des remises de régulation versées à la clôture de l'exercice par les entreprises conventionnées plus que le montant attendu de la clause de sauvegarde.

Il s'agit de préserver l'intérêt, pour les entreprises, d'entrer dans un cadre conventionnel qui leur permet de s'engager individuellement par contrat sur un certain nombre de sujets : génériques, réévaluation de la gamme thérapeutique, engagements promotionnels notamment.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 41 bis (nouveau)

(art. L. 138-2 du code de la sécurité sociale)

**Augmentation de la contribution à la charge des établissements
de vente en gros de spécialités pharmaceutiques**

Objet : Cet article augmente les taux de la contribution à la charge des grossistes répartiteurs.

I - Le dispositif proposé

Cet article additionnel, qui résulte d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, augmente considérablement les taux de la contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques, c'est-à-dire les grossistes-répartiteurs.

Les grossistes-répartiteurs constituent la principale catégorie des intermédiaires entre les laboratoires pharmaceutiques et les officines. L'exercice de cette activité est soumis à un certain nombre d'obligations. Tout grossiste-répartiteur doit placer ses établissements sous la responsabilité d'un pharmacien, déclarer son secteur d'activité, référencer un assortiment de médicaments

représentant au moins 90 % des présentations autorisées sur le marché français, détenir un stock permettant de satisfaire au moins deux semaines de consommation, livrer tout médicament dans un délai maximum de 24 heures. Ces obligations répondent à des préoccupations de santé publique, visant à ce que tout médicament puisse être délivré en tout point du territoire dans les délais les plus brefs.

Pour les produits autres que les médicaments remboursables, les grossistes-répartiteurs déterminent librement leurs marges depuis 1986. En revanche, pour les médicaments remboursables, le taux de marge est fixé par voie réglementaire. Cette régulation de la rémunération des grossistes-répartiteurs est complétée par un encadrement des remises commerciales accordées aux pharmaciens d'officine et par un dispositif d'écrêtement des éventuels surplus d'activité.

Une contribution exceptionnelle sur les grossistes-répartiteurs a été instaurée afin de taxer les évolutions trop rapides des ventes de médicaments remboursables. Mise en place en 1991, elle a été revue chaque année. La dernière modification a été apportée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 qui a fixé six niveaux de taux (entre 0,72 % et 1,72 %) en fonction de l'évolution du chiffre d'affaires.

Le présent article augmente ainsi de 0,45 point les taux de cette contribution ; taux qui sont fixés trimestriellement.

Le taux maximal passerait de 1,72 % à 2,17 % si le chiffre d'affaires réalisé par l'ensemble des entreprises au cours du trimestre progresse de 6 % ou plus par rapport à la même période de l'année précédente.

Le taux minimal passerait de 0,72 % à 1,17 % si ce chiffre d'affaires diminue de 3 % ou plus.

Le Gouvernement a justifié cet amendement en expliquant que la croissance du marché pharmaceutique bénéficiait également aux distributeurs en gros.

Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'Emploi et de Solidarité, a ajouté :
« Cette mesure, qui devrait rapporter 450 millions de francs en année pleine, devrait permettre de stabiliser l'évolution de la rémunération des distributeurs en gros au cours de l'année 2001. »

II - La position de votre commission

Votre rapporteur n'est pas favorable à un tel accroissement de prélèvement. La politique du médicament ne peut en effet se limiter à des hausses répétées des taxes et contributions pesant sur la filière pharmaceutique.

En outre cette contribution est acquittée tant par les grossistes-répartiteurs que par les entreprises pharmaceutiques qui font de la vente directe auprès des officines. Les entreprises concernées sont essentiellement celles qui produisent et distribuent des spécialités génériques.

Cet alourdissement de la contribution est donc contradictoire avec la volonté de promouvoir le développement des spécialités génériques à travers la substitution par les pharmaciens.

Pour ces raisons, votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

*Art. 41 ter (nouveau)
(art. L. 165-5, L. 165-6, L. 165-5-1 et L. 162-17-5
nouveaux du code de la sécurité sociale)*

Conventions entre l'assurance maladie et les fournisseurs ou distributeurs de dispositifs médicaux

Objet : Cet article donne à l'assurance maladie la possibilité de conclure des conventions avec les distributeurs ou les fournisseurs de dispositifs médicaux.

I - Le dispositif proposé

Cet article additionnel, adopté par l'Assemblée nationale, qui résulte d'un amendement présenté par le Gouvernement, donne à l'assurance maladie la possibilité de conclure des conventions avec les distributeurs ou les fournisseurs de dispositifs médicaux.

Cette initiative vient en complément de la réforme des procédures de prise en charge des dispositifs médicaux à usage individuel, votée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, et dont les décrets d'application se font toujours attendre.

L'amendement propose de donner une base juridique aux initiatives conventionnelles de l'assurance maladie dans ce domaine et de consolider les

conventions existantes dont la suppression aurait des conséquences difficiles à gérer.

Ces conventions pourront compléter la réglementation dans le domaine de la qualité, des modes de facturation, des modalités de la dispense d'avance des frais et des prix opposables. Elles pourront à ce titre contribuer à améliorer la prise en charge des malades et la régulation des dépenses.

Le **paragraphe I** complète l'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale. Les 1° à 4° sont des dispositions de coordination avec la réforme de la prise en charge votée l'année dernière.

Le 5° prévoit que les accords nationaux signés par l'assurance maladie et une ou plusieurs organisations nationales syndicales de distributeurs de produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 (dispositifs médicaux à usage individuel, tissus et cellules issus du corps humain) peuvent être rendus applicables à l'ensemble des distributeurs par arrêté interministériel, pris après avis du Comité économique des produits de santé.

Le **paragraphe II** insère un article L. 165-5-1 dans le code de la sécurité sociale, qui prévoit qu'en l'absence de dispositions conventionnelles dans ce domaine, le tiers payant peut être décidé par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé.

Le **paragraphe III** précise que, sauf dénonciation ou résiliation par les parties signataires, les conventions applicables antérieurement à la publication du décret prévu à l'article L. 165-1, relatif à la prise en charge des dispositifs médicaux, sont maintenues en vigueur pendant une durée de cinq ans à compter de la publication de la présente loi.

Les **paragraphe IV et V** proposent par ailleurs qu'une copie des déclarations de ventes, que doivent adresser à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé les entreprises pharmaceutiques et les fabricants et distributeurs de dispositifs médicaux, soit communiquée au Comité économique des produits de santé.

La connaissance du montant du volume de ventes et du chiffre d'affaires réalisé en France par les fabricants et distributeurs de produits de santé, médicaments ou dispositifs médicaux, est en effet un élément important à la connaissance du marché, donnée fondamentale pour la mise en œuvre des politiques de régulation dans le secteur des produits de santé dont le comité économique des produits de santé a la charge.

II - La position de votre commission

Votre commission ne peut qu'approuver cet article qui devrait permettre de renforcer le partenariat conventionnel dans les secteurs des dispositifs médicaux en lui conférant les bases légales indispensables.

Votre commission vous propose de l'adopter sans modification.

*Art. 41 quater (nouveau)
(art. 5-1 de la loi du 30 juin 1975 relative
aux institutions sociales et médico-sociales)*

**Report de la date-limite de signature des conventions relatives
à la tarification des établissements pour personnes âgées**

Objet : Cet article repousse au 31 décembre 2003 la date-limite de signature des conventions relatives à la tarification des établissements pour personnes âgées.

I - Le dispositif proposé

Cet article additionnel adopté par l'Assemblée nationale, qui résulte d'un amendement présenté par le Gouvernement, repousse au 31 décembre 2003 la date-limite de signature des conventions tripartites relatives au financement des établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes. Cette modification revient à reporter de près de trois années l'achèvement de la réforme de la tarification.

La loi du 24 janvier 1997 instaurant la prestation spécifique dépendance (PSD) prévoit que la tarification se fera désormais en fonction de l'état des personnes âgées hébergées et non du statut des établissements afin de mettre un terme à des mécanismes tarifaires depuis longtemps critiqués. Elle modifie ainsi l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales et stipule que, pour pouvoir continuer à héberger des personnes âgées dépendantes avant le 31 décembre 1998, les établissements devront avoir passé une convention plurinennale tripartite avec le président du conseil général et l'autorité compétente en ce qui concerne l'assurance maladie.

Cette date-limite a été repoussée à avril 2001 par l'article 139 de la loi n° 98-567 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions.

Ce report avait donné lieu à une passe d'armes entre le Sénat et le Gouvernement. Ce dernier avait en effet fait adopter par l'Assemblée nationale, en

nouvelle lecture du projet de loi portant diverses dispositions d'ordre économique et financier, deux articles additionnels relatifs à la PSD, dont un amendement repoussant la date-limite de signature des conventions au 31 décembre 2000.

Le Sénat s'était alors ému de cette procédure au caractère vraisemblablement inconstitutionnel. Il avait à cet occasion souligné que les dysfonctionnements de la PSD en établissement provenaient avant tout de l'absence de réforme de la tarification des établissements hébergeant des personnes âgées. Il avait insisté sur la nécessité, pour le Gouvernement, de mettre en oeuvre dans les meilleurs délais cette réforme prévue par la loi du 24 janvier 1997. Il avait fait de la publication des textes porteurs de la réforme de la tarification le préalable indispensable à l'éventuelle publication d'un barème de minima nationaux.

Le Gouvernement avait accepté de proposer la suppression de ces deux articles additionnels lors de l'examen par l'Assemblée nationale en lecture définitive du projet de loi portant DDOEF.

En conséquence, il avait déposé un amendement au projet de loi relatif à la lutte contre les exclusions, prévoyant que les conventions devaient être conclues au plus tard deux ans après la date de publication du décret prévu à l'article 27 *quater* de la loi du 30 juin 1975, c'est-à-dire du décret porteur de la réforme de la tarification. Cet amendement avait recueilli l'assentiment du Sénat et avait été adopté en première lecture à l'unanimité.

Les textes réglementaires porteurs de la réforme de la tarification des établissements accueillant des personnes âgées dépendantes ont finalement été publiés le 27 avril 1999. Le dispositif se composait de deux décrets en Conseil d'Etat (*n° 99-316 du 26 avril 1999 relatif aux modalités de tarification et de financement des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes et n° 99-317 du 26 avril 1999 relatif à la gestion budgétaire et comptable des établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes*) et de trois arrêtés.

En distinguant trois tarifs -hébergement, dépendance et soins- la réforme entend introduire davantage de transparence dans l'affectation des ressources. En outre, l'instauration des tarifs « dépendance » et « soins » en fonction du niveau de dépendance du résident devrait permettre d'allouer les moyens en fonction des besoins. Jusqu'à présent en effet, les établissements accueillant les personnes âgées les plus dépendantes n'étaient pas nécessairement les mieux dotés.

Le tarif « hébergement » recouvre « l'ensemble des prestations d'administration générale, d'accueil hôtelier, de restauration, d'entretien et d'animation de la vie sociale de l'établissement qui ne sont pas liées à l'état de dépendance des personnes accueillies ». Ce tarif est à la charge de la personne âgée accueillie.

Le tarif « dépendance » recouvre l'ensemble des prestations d'aide et de surveillance nécessaires à l'accomplissement des actes essentiels de la vie, qui ne sont pas liées aux soins que la personne âgée est susceptible de recevoir. Il correspond « aux surcoûts hôteliers directement liés à l'état de dépendance, qu'il s'agisse des interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne et sociale ou des prestations de services hôtelières et fournitures diverses concourant directement à la prise en charge de cet état de dépendance ». Il peut être pris en charge par la prestation spécifique dépendance si la personne concernée peut y prétendre.

Le tarif « soins » correspond à la prise en charge des affectations somatiques et psychiques « ainsi que les prestations paramédicales correspondant aux soins liés à l'état de dépendance ». Les établissements peuvent opter pour un tarif global comprenant les rémunérations des professionnels libéraux, ou partiel qui ne comprend ni ces honoraires ni les examens et les médicaments. Un certain nombre de prestations, financées par l'assurance maladie, ne peuvent être incluses dans le tarif journalier.

Les charges de personnel afférentes aux aides-soignantes et aux aides médico-pédagogiques sont imputées à raison de 30 % sur la section tarifaire « dépendance » et à raison de 70 % sur la section tarifaire « soins ».

Les tarifs « soins » et « dépendance » sont arrêtés pour chacun des six niveaux de dépendance fixés par la grille AGGIR. Le classement des résidents selon leur niveau de dépendance est réalisé par l'équipe médico-sociale de chaque établissement, puis validé par un médecin-conseil et un médecin de l'administration. Ce classement donne lieu à une cotation en points (point GIR) dont le total divisé par le nombre de personnes hébergées permet d'obtenir une valeur correspondant à la dépendance moyenne des personnes accueillies dans l'établissement (GIR moyen pondéré de l'établissement). C'est sur ces valorisations que sont calculés les tarifs journaliers « dépendance » et « soins ».

Dans le cadre des conventions conclues avec le président du conseil général et l'assurance maladie, les établissements sont désormais tenus de respecter un cahier des charges où sont énumérées un certain nombre de recommandations de bonnes pratiques. Ils sont invités à s'engager dans une démarche « d'assurance qualité ».

Afin d'encourager la signature de conventions, il est prévu que « les dotations nécessaires de l'assurance maladie seront dégagées sur les six prochains exercices », précise la note de présentation des décrets par le ministère. Selon le ministère, l'allocation des ressources supplémentaires se fera par étapes, par le vote de mesures nouvelles sur l'Objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) et par le redéploiement des crédits.

La réforme s'est donc mise en place progressivement, en commençant par les établissements de plus de 85 places. « Une mission nationale d'appui » en assurera le suivi.

II - La position de votre commission

S'agissant de la procédure, votre commission doute fortement que cet article ait véritablement sa place en loi de financement de la sécurité sociale.

Sur le fond, votre commission est consciente des difficultés que soulève l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification. Cette réforme complexe et délicate est en marche mais elle est encore loin d'être achevée.

En application de la loi du 28 juillet 1998, la date limite de signature des conventions est aujourd'hui fixée au 27 avril 2001 : les établissements qui n'auraient pas signé une telle convention serait donc susceptibles de se voir priver de financement à compter du mois d'avril prochain.

Votre commission n'est donc pas hostile à un report de la date-limite de signature des conventions. Elle souhaite néanmoins que la réforme de la tarification se poursuive et se demande si un report de près de trois ans, comme le propose le texte adopté par l'Assemblée nationale, ne risque pas d'être interprété comme un signal d'abandon ou de mise en attente de cette réforme importante. Il s'agit en effet de ne pas démobiliser les acteurs concernés.

Votre commission est favorable à ce que l'on laisse le temps nécessaire pour que cette réforme se mette en place de manière satisfaisante ; elle ne souhaite pas pour autant qu'on la repousse indéfiniment.

Elle vous propose par conséquent d'adopter un amendement fixant la date-limite de signature des conventions au 31 décembre 2002, au lieu du 31 décembre 2003.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Section 4

-

Branche accidents du travail

L'évolution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP)

L'objectif de dépenses pour la branche des accidents du travail et maladies professionnelles s'élève à 56,2 milliards de francs pour 2001, soit une hausse de 5,4 % par rapport aux dépenses effectives de l'année 2000.

Pour 2000, les dépenses au titre des incapacités temporaires se sont élevées à 14,5 milliards de francs. Les rentes d'incapacité permanent versées par la branche s'élèvent à 21,3 milliards de francs. Le solde est constitué par les prestations en nature de l'assurance maladie auprès des victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

La Commission des comptes de la sécurité sociale estimait, en septembre 2000, à 2,1 milliards de francs environ l'excédent de la branche AT-MP pour 2000 et l'évaluait à 3,4 milliards de francs pour 2001.

Il est à noter cependant que l'année 1998 a marqué un retournement de tendance concernant le nombre d'accidents du travail qui était en baisse continue depuis 1992 : pour la première fois en 1998 est observée une hausse de 3,2 % du nombre de jours d'arrêt dus à des accidents de travail. La reprise du marché du travail semble être à l'origine de ce phénomène.

Le nombre de maladies professionnelles reconnues a triplé en quinze ans, notamment du fait du plus grand nombre de prises en charge de maladies liées à l'amiante.

Art. 42

Création d'un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Objet : Cet article a pour objet de créer un fonds d'indemnisation qui permettra d'assurer la réparation intégrale de l'ensemble des préjudices subis par les victimes de l'amiante dans des délais rapides, au-delà de la stricte indemnisation forfaitaire accordée aux personnes relevant du régime accidents du travail et des maladies professionnelles de la sécurité sociale. Ce fonds serait doté de 1,5 milliard de francs en 2001 prélevé sur les excédents de la branche « accidents du travail et maladie professionnelle » et de 500 millions de francs qui devraient être inscrits au budget de l'Etat par la loi de finances rectificative pour 2000. Au total, le fonds disposerait de 2 milliards de francs de ressources en 2001.

I - La situation actuelle

Deux dispositifs ont été mis en place ces dernières années pour améliorer les conditions dans lesquelles sont indemnisées les victimes de l'amiante.

- La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (art. 40) a **amélioré les conditions dans lesquelles peuvent être reconnues les maladies professionnelles liées à l'amiante** : alors que le principe est que la déclaration de la maladie professionnelle par les victimes doit intervenir deux ans au plus après que le diagnostic de l'affection a été établi, il a été prévu une levée de la forclusion jusqu'au 27 décembre 2001¹ pour l'ensemble des maladies liées à l'amiante constatées depuis le 1^{er} janvier 1947. Cette mesure a entraîné la reconnaissance de 800 cas de maladie professionnelle ouvrant droit à indemnisation forfaitaire en 1999 et au premier semestre 2000.

- De même la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (art. 41) a institué une **allocation de cessation anticipée d'activité** versée aux salariés et anciens salariés des établissements et entreprises ayant utilisé l'amiante. Ce dispositif a été étendu par l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Le coût estimé de ce dispositif est de 925 millions de francs pour 2000.

Lorsque le salarié voit reconnue sa maladie professionnelle, il a droit à une indemnisation forfaitaire qui est limitée théoriquement à l'indemnisation de la perte de la capacité de gains de la victime. Les autres troubles de l'existence subis par la victime ou ses ayants droit ne sont pas pris en charge.

¹ Art. 35 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

Plusieurs **voies de recours** ont été utilisées en justice par les victimes de l'amiante pour obtenir une meilleure indemnisation des préjudices subis.

La victime peut demander devant *le tribunal des affaires de sécurité sociale* (TASS) la reconnaissance de **la faute inexcusable¹ de l'employeur**. Celle-ci ouvre droit pour la victime à une indemnisation complémentaire sous la forme d'une majoration de la réparation forfaitaire, à la réparation, pour lui-même ou pour ses ayants droit, des préjudices personnels subis et entraîne la mise à la charge de l'employeur d'une cotisation complémentaire.

L'indemnisation donne lieu à un versement direct par la caisse primaire d'assurance maladie qui récupère, dans certains cas, la majoration auprès de l'employeur sous la forme d'une cotisation complémentaire qui ne peut être perçue plus de 20 ans et dont le taux ne peut excéder, ni 50 % de cotisation normale de l'employeur, ni 3 % des salaires servant de base à la cotisation.

Un arrêt du tribunal des affaires de sécurité sociale a ainsi décidé récemment (*TASS Valence, 2 décembre 1998, Peyrard c/SA Pont à Mousson*) que la société Pont à Mousson était bien à l'origine d'une faute inexcusable dans la mesure où la société connaissait les dangers auxquels était exposé son personnel et que les moyens mis en œuvre pour y remédier étaient insuffisants (absence d'une aspiration adéquate des poussières notamment).

Les salariés victimes de l'amiante ont été également conduits à engager **la responsabilité pénale** de l'employeur, en tant que personne physique, ou de l'entreprise en tant que personne morale, tout en se portant partie civile pour obtenir une indemnité réparatrice.

L'article 222-19 du nouveau code pénal réprime le fait de causer à autrui, par maladresse, imprudence, inattention, négligence ou manquement à une obligation de sécurité ou de prudence imposée par la loi ou les règlements une **incapacité total de travail**. La peine est renforcée en cas de manquement délibéré à une obligation de sécurité ou de prudence.

Lorsque la responsabilité pénale de l'employeur ou de l'entreprise est reconnue, le requérant ne relève pas toutefois nécessairement du droit commun de la responsabilité civile : en effet, les règles du code de la sécurité sociale en matière d'indemnisation des accidents du travail et des maladies professionnelles ont un caractère dérogatoire et les employeurs ou ses préposés bénéficient donc d'une immunité en matière de responsabilité civile.

¹ *La faute inexcusable est une faute d'une gravité exceptionnelle, dérivant d'un acte ou d'une omission volontaire, de la conscience du danger que devait en avoir son auteur, de l'absence de toute cause justificative et du défaut d'un élément intentionnel.*

La reconnaissance d'une faute pénalement sanctionnée facilite la reconnaissance de la notion de faute inexcusable devant les tribunaux de sécurité sociale¹.

Mais surtout la reconnaissance de la faute pénale permet à la victime de demander réparation au **Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI)**.

La loi du 6 juillet 1990 a créé le Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI) qui a pour mission d'assurer l'indemnisation des victimes des actes de terrorisme ainsi que les victimes d'autres infractions (agressions, coups et blessures, viols...).

Ce Fonds de garantie intervient selon deux régimes d'indemnisation :

- le régime d'indemnisation des victimes des actes de terrorisme trouve son origine dans la loi du 9 septembre 1986 relative à la lutte contre le terrorisme et aux atteintes à la sûreté de l'Etat, au moment où la France subissait de graves attentats terroristes. La réparation des dommages corporels (décès, blessures) est intégrale. Les indemnités sont fixées et réglées par le Fonds de garantie en accord avec les victimes ;

- le régime d'indemnisation des victimes d'autres infractions, résulte de la loi du 3 janvier 1977. La procédure est judiciaire : le FGTI paie les indemnités fixées **par la Commission d'indemnisation des victimes d'infractions (CIVI)** qui siège près de chaque Tribunal de grande instance.

Le FGTI est financé par un prélèvement sur les contrats d'assurances de biens. Cette contribution s'élève à 20 francs par contrat en 2000.

Ses ressources sont complétées par le produit des remboursements des indemnités que le Fonds de garantie obtient des responsables des infractions.

La gestion de ce Fonds est confiée au *Fonds de garantie contre les accidents circulation et de chasse (FGA)*.

Le Fonds est régi par les articles *L. 121-1 à L. 126-2 du code des assurances et par les articles 706-3 à 706-14 du code de procédure pénale*.

Les demandes d'indemnisation intégrale du préjudice causé par un accident du travail, lorsque les faits présentent le caractère matériel d'une infraction ont été admises devant le Fonds par un arrêt de la Cour de cassation de juin 1997. Cette jurisprudence est évidemment applicable aux victimes de l'amiante.

Enfin, **la mise en jeu de la responsabilité de l'Etat** peut être recherchée devant les tribunaux administratifs : par un arrêt du 30 mai 2000, le tribunal administratif de Marseille a considéré que l'Etat était responsable des conséquences du décès de quatre victimes de l'amiante décédées entre 1997 et 2000. Le juge administratif a invoqué le « *retard fautif pris par l'Etat à édicter des normes plus sévères quant à l'inhalation des fibres d'amiante en milieu professionnel* ».

¹ La reconnaissance d'une faute pénale n'entraîne pas ipso facto la reconnaissance d'une faute inexcusable mais ce principe tend à s'atténuer du fait de l'évolution de la jurisprudence au cours de ces dernières années.

Au total, près de 1.200 procédures seraient engagées devant les TASS. Par ailleurs, une centaine de plaintes seraient en cours d'instruction devant les CIVI pour obtenir une indemnisation par le FGTI.

II - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** pose le principe de la réparation intégrale du préjudice et les catégories de personnes pouvant demander à en bénéficier.

Parmi les **personnes concernées**, sont visées, en premier lieu, les personnes directement victimes d'une exposition à l'amiante c'est-à-dire :

- Les personnes ayant obtenu la **reconnaissance d'une maladie professionnelle** liée à l'amiante : il peut s'agir soit de travailleurs relevant du régime général de sécurité sociale soit de fonctionnaires sous statut relevant du code des pensions civiles et militaires d'invalidité.

L'article 40 de la loi du 23 décembre 1998 a levé la forclusion de la loi de dépôt d'une demande en reconnaissance de maladie professionnelle pour les victimes de l'amiante, ceci jusqu'au 27 décembre 2000 (deux ans à compter de la publication de la loi du 23 décembre 1998 précitée). L'article 35 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 a prorogé d'un an la levée de forclusion, soit jusqu'au 27 décembre 2001.

- Les personnes « *qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française* ».

Cette formule très large permet de recouvrir :

- les personnes atteintes par l'amiante pour un motif professionnel mais qui ne relèvent ni du régime général de la sécurité sociale ni du code des pensions (artisans non affiliés volontairement à la branche accidents du travail-maladie professionnelle du régime général) ;

- les personnes victimes de l'amiante dans un environnement non professionnel (usagers d'un service public,...).

Le dispositif recouvre les personnes de nationalité étrangère qui ont été exposées à l'amiante durant un séjour en France.

L'Assemblée nationale a ajouté à la liste des bénéficiaires du fonds, les **ayants droit** des personnes directement victimes d'une exposition à l'amiante.

Le recours à la notion d'ayants droit n'est pas dépourvu d'ambiguïté : en effet, la notion d'ayants droit est entendue plus restrictivement par le code de la sécurité sociale que par le juge saisi d'une mise en cause de la responsabilité d'un employeur dans le droit commun de la responsabilité civile.

Les articles *L. 434-7 à L. 434-14 du code de la sécurité sociale* précisent que peuvent prétendre à une rente en cas de décès de la victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle : le conjoint survivant, l'ex-conjoint s'il a obtenu une pension alimentaire, les enfants légitimes, naturels ou adoptés, jusqu'à ce qu'ils aient atteint un âge déterminé (*16 ans*) et les ascendants.

Cette **liste est limitative** et, de surcroît, les ayants droit ne bénéficient d'aucune indemnisation si la victime est seulement blessée ou malade.

La chambre sociale de la Cour de cassation, saisie de demande de réparation au titre de la responsabilité civile, a admis en revanche un droit à réparation pour l'épouse d'un salarié gravement handicapé à la suite d'un accident du travail ; mais surtout, elle a élargi la liste des ayants droit reconnus au titre de la responsabilité civile aux concubins, aux petits-enfants et collatéraux, ou fils de la victime ayant dépassé l'âge limite de 16 ans et aux grands-parents.

Pour votre rapporteur, la notion d'ayant droit devra être entendue sans restriction par les gestionnaires du fonds au sens de la responsabilité civile et non pas du code de la sécurité sociale. Dans la mesure où la création du fonds a pour objet de simplifier les procédures administratives, il serait peu compréhensible que l'épouse d'une personne victime de l'amiante puisse obtenir directement réparation dans un délai raisonnable alors que la concubine, dûment reconnue, devrait se pourvoir devant le juge d'instance avec tous les aléas de la procédure. De surcroît, il est important que le fonds répare le préjudice résultant pour les ayants droit de l'invalidité imputable à l'exposition à l'amiante, même si la victime n'est pas décédée.

Le I précise également **la nature des préjudices** ouvrant droit à réparation : le texte du projet de loi initial visait la réparation intégrale des « *dommages corporels* » subis par les victimes de l'amiante ; l'Assemblée nationale a adopté un amendement en première lecture afin de préciser que le fonds permettait d'obtenir « *la réparation intégrale des préjudices subis* ».

La formule retenue apparaît meilleure que celle du texte initial qui aurait pu être interprétée restrictivement.

En cas de faute inexcusable de l'employeur, le code de la sécurité sociale prévoit non seulement une majoration de la rente versée à la victime mais aussi l'indemnisation spécifique de certains préjudices extra-patrimoniaux ou d'ordre pécuniaire :

- celui causé par les souffrances physiques et morales endurées par la victime ;

- les préjudices résultant de la perte ou de la diminution des possibilités de promotion professionnelle.

Pour mémoire, on rappellera que le FGTI assure « *la réparation intégrale des dommages qui résultent des atteintes à la personne* » (art. 706-3 du code de la procédure pénale).

Le **paragraphe II** de cet article fixe le *statut du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante*.

Le *Fonds d'indemnisation des victimes d'une contamination* par le virus du SIDA causée par une transfusion sanguine (*FIVC*), créé par l'article 47 de la loi n° 91-406 du 31 décembre 1991 portant diverses dispositions d'ordre social, et le *Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions (FGTI)* sont des **personnes morales de droit privé** dont les statuts sont approuvés par arrêté interministériel. Ils relèvent respectivement d'un contrôle par un contrôleur d'Etat ou par un commissaire du Gouvernement.

Pour le fonds créé par ce présent article, la solution retenue est bien différente : le fonds aura le statut **d'établissement public administratif** placé sous la tutelle des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement afin de préciser la composition du conseil d'administration du fonds. Celui-ci serait composé de représentants de l'Etat, de représentants des partenaires sociaux de la branche accidents du travail-maladie professionnelle, de représentants des associations « *nationales* » d'aide aux victimes de l'amiante et de personnalité qualifiée.

L'Assemblée nationale a ajouté que le conseil d'administration était présidé par un magistrat, sans préciser s'il s'agissait d'un magistrat de l'ordre administratif ou judiciaire.

Le **paragraphe III** est relatif à la **procédure d'instruction des demandes d'indemnisation**.

Le présent article dans sa rédaction initiale a prévu quatre catégories de dispositions.

Il pose tout d'abord le principe qu'il appartient au demandeur de **justifier d'une exposition à l'amiante** ainsi que de l'atteinte à son état de santé.

Il indique qu'il appartient au fonds de se prononcer sur les **conditions de l'indemnisation** et, notamment, d'apprécier si l'exposition peut être considérée comme étant la cause de l'état de santé de la victime.

A cet effet, le fonds est doté de **moyens d'investigations** étendus : le secret professionnel et industriel ne peut lui être opposé par les entreprises concernées ; il peut obtenir communication d'information auprès des services de l'Etat, des collectivités publiques, des organismes chargés de la gestion des prestations sociales et des organismes assureurs.

Enfin, le personnel du fonds est astreint au **secret professionnel** dans l'exercice de ses fonctions.

L'Assemblée nationale a apporté plusieurs précisions complémentaires.

Afin d'assurer une coordination sur le plan des procédures, elle a prévu que le demandeur devrait informer le fonds des procédures contentieuses engagées par ailleurs pour obtenir réparation ; elle impose en outre au demandeur d'informer par lui-même, le juge compétent de la décision de saisir le fonds. Une disposition analogue est prévue dans le dispositif du FIVC (*art. L. 3122-3 du code de la santé publique*).

Par ailleurs, le fonds assure la transmission sans délai du dossier de l'intéressé s'il apparaît que celui-ci relève du régime de la maladie professionnelle : la mise en œuvre de la procédure permettra le versement de la réparation forfaitaire, le fonds étant alors chargé de verser les indemnités complémentaires.

Le dispositif ne fait pas apparaître clairement et dans quels délais devront s'articuler les deux procédures devant le fonds et devant l'organisme compétent en matière de maladie professionnelle.

Afin d'alléger les procédures, l'Assemblée nationale a prévu deux cas dans lesquels l'exposition à l'amiante sera réputée justifiée *a priori* et pour lesquels les investigations du fonds seront réduites et donc moins longues :

- lorsque la victime a été reconnue comme atteinte d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante ;

- lorsque la victime est atteinte d'une maladie provoquée par l'amiante reconnue sur une liste établie par arrêté interministériel.

Enfin, l'Assemblée nationale a adopté un amendement prévoyant que le demandeur de l'indemnité au titre du fonds puisse obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical. Cet amendement a reçu un avis de sagesse du Gouvernement.

Le **paragraphe IV** porte sur **les modalités de la procédure d'indemnisation**.

Le dépôt de la demande doit entraîner la présentation au demandeur par le fonds d'une **offre d'indemnisation**.

L'offre d'indemnisation indique l'évaluation du dommage retenue pour chaque chef de préjudice et le montant des indemnités à verser compte tenu du montant des sommes déjà versées à la victime au titre notamment de la prise en charge des prestations en nature et en espèces versées par le régime d'assurance maladie de la sécurité sociale.

Cet article reprend la formule déjà utilisée dans les dispositifs du FIVC (*art. L. 3122-5 du CSP*) et du FGTI (*art. 706-8 du code de procédure pénale*). Ainsi doivent être déduites du montant de l'indemnité à liquider les prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 et d'une manière générale *«les indemnités reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice»*.

Les prestations visées par la loi du 5 juillet 1985 précitée sont les suivantes :

- les prestations prévues par le régime général de la sécurité sociale,
- les indemnités versées par l'Etat en cas de mise en jeu de sa responsabilité civile,
- les remboursements de frais médicaux et de rééducation,
- les rémunérations maintenues par l'employeur pendant la période d'inactivité,
- les indemnités journalières de maladie ou prestations d'invalidité versées par les mutuelles, les institutions de prévoyance et les assureurs.

Une offre d'indemnisation est présentée même lorsque l'état de la victime n'est pas stabilisé : une nouvelle offre peut être présentée en cas d'aggravation de l'état de santé.

Le **délai maximum entre le dépôt de la demande et la présentation de l'offre** par le fonds était fixé à neuf mois dans le projet de loi. La commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, souhaitait abaisser ce délai à trois mois mais s'est finalement ralliée en séance publique à la proposition du Gouvernement d'un **délai de six mois**, étant entendu toutefois que le délai est maintenu à neuf mois durant la première année de mise en œuvre du dispositif (*paragraphe X infra*).

Ce paragraphe comporte enfin une disposition originale qui ne comporte aucun précédent qu'il s'agisse de l'indemnisation des victimes du SIDA par contamination sanguine ou de celle des victimes d'une infraction.

Le choix de recourir à l'indemnisation par le fonds équivaut pour la victime ou ses ayants droit à une forme de « transaction » puisque la loi les

oblige à se désister des actions juridictionnelles en indemnisation en cours et à renoncer à toute action juridictionnelle en réparation du même préjudice.

Ce dispositif vise à éviter que ne soit rendue possible une double indemnisation d'un requérant ayant engagé une procédure devant le fonds ainsi qu'une instance judiciaire.

Les victimes s'engagent donc en acceptant l'indemnisation du fonds à ne pas poursuivre les actions en indemnisation qu'elles ont pu engager devant les tribunaux et elles acceptent en outre de voir déclarer irrecevables les poursuites ultérieures devant les tribunaux judiciaires, au civil ou au pénal, ou devant les instances contentieuses de la sécurité sociale.

Le texte proposé propose même que les décisions définitives concernant la réparation intégrale des conséquences de l'exposition à l'amiante prononcée par d'autres instances (commission d'indemnisation des victimes d'infraction) valent désistement des actions en cours et rendent irrecevables les actions juridictionnelles futures.

Le dispositif qui consiste à écarter pour les demandeurs devant le fonds amiante, le droit de se pourvoir ultérieurement devant les juridictions de droit commun constitue une procédure pour le moins singulière dans notre droit : concernant les victimes d'une infraction devant le FGTI, les procédures de droit commun continuent à suivre leur cours ; il est prévu au demeurant par le *code de procédure pénale* (art. 706-8) que, lorsque la juridiction civile statuant postérieurement à la commission alloue des dommages intérêts d'un montant supérieur à l'indemnité accordée par la commission du FGTI, la victime, subrogée dans ses droits, peut demander un complément d'indemnité devant le fonds.

Le dispositif de cet article peut apparaître **restrictif du point de vue du droit à réparation des victimes sur le plan judiciaire.**

Tout d'abord, le fait que le désistement est reconnu d'office en cas de « *décision juridictionnelle définitive* » à la suite d'un recours contentieux contre une offre du fonds est restrictif. En contestant une offre du fonds devant le juge d'appel, le requérant s'expose automatiquement à se voir fermer toutes les voies de recours ultérieures s'il devait être débouté de son action ou s'il était insuffisamment indemnisé.

D'une manière générale, la rédaction retenue pourrait aboutir à ce que, en cas de demande devant le fonds, les victimes ne pourraient plus se porter partie civile et agir devant les tribunaux afin que soit établie la part des responsabilités des intervenants.

La deuxième phrase du troisième alinéa du IV laisse même à penser que les victimes de l'amiante qui n'ont pas obtenu au cours de ces dernières années

une décision favorable du juge sur leur demande de réparation intégrale ne pourront plus se pourvoir à l'avenir devant le juge pour présenter des demandes sur le même préjudice, étant entendu que la procédure devant le fonds ne devrait pas être considérée comme une procédure juridictionnelle.

S'agissant de cette deuxième phrase relative aux décisions judiciaires déjà intervenues, il y a lieu de se demander si le présent projet de loi est le support le mieux adapté.

Le paragraphe V concerne le régime juridique des **recours contentieux contre les décisions du fonds**.

Il est prévu qu'un recours est ouvert contre les décisions de la commission d'indemnisation seulement dans trois hypothèses :

- le rejet de la demande d'indemnisation,
- le non-respect du délai de six mois (ou de neuf mois durant la première année),
- la non-acceptation de l'offre par le demandeur.

Ce dispositif reprend celui mis en place en faveur des victimes du sang contaminé par la loi du 31 décembre 1991 susvisée (codifié à l'article L. 3122-3 du code de la santé publique).

Il reste toutefois que les conséquences sont différentes dans la mesure où le paragraphe IV ci-dessus a prévu que les « décisions juridictionnelles définitives » intervenues sur une offre du fonds valaient désistement des actions en cours et irrecevabilité pour les actions futures.

En conséquence, pour le demandeur engager un recours contre la décision du fonds risque d'épuiser automatiquement les voies de recours ultérieures devant d'autres juridictions.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement prévoyant que les litiges relatifs aux fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante relèveraient exclusivement de la Cour d'appel. Le choix de la juridiction judiciaire pouvait en effet soulever des doutes compte tenu du caractère d'établissement public administratif du fonds. Il n'est pas anormal que le législateur apporte une réponse claire : si la plupart des victimes de l'amiante relevaient de contrat de droit privé, il n'est pas à exclure que des agents de droit public puissent engager des recours devant les tribunaux administratifs. On peut se demander d'ailleurs s'il n'aurait pas été plus rationnel de prévoir que les litiges relatifs aux maladies causées par l'amiante formaient un bloc de compétences entièrement dévolu au juge judiciaire de même que pour les accidents de circulation en application de la loi de 1975.

Le **paragraphe VI** prévoit les **règles de subrogation du fonds dans les droits du demandeur** contre les personnes responsables du dommage ou les organismes tenus d'assurer les réparations (subrogation à due concurrence des sommes versées, intervention de droit devant les juridictions civiles, possibilité pour le juge civil de statuer avant le juge pénal).

Le fonds reprend à cet égard les dispositions déjà prévues pour le FIVC à l'article L. 3122-4 du code de la santé publique.

Il convient toutefois de s'interroger sur la portée de la règle de subrogation dans la mesure où comme le prévoit le IV ci-dessus l'acceptation de l'offre du fonds équivaut pour le demandeur à un désistement des actions juridictionnelles en cours.

Le **paragraphe VII** prévoit le financement du fonds par une contribution de l'Etat et par une contribution de la branche AT-MP.

Aux termes du projet de loi initial, un arrêté interministériel devait fixer les montants des deux contributions respectives.

L'Assemblée nationale a adopté un amendement prévoyant que la contribution de l'Etat serait fixée par la loi de finances et que la contribution de la branche AT-MP serait fixée par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le **paragraphe VIII** procède à une coordination afin d'exclure les préjudices dus à une exposition à l'amiante de ceux pouvant donner lieu à indemnisation par le FGTI.

Les procédures d'appel ou de cassation demeurent toutefois ouvertes concernant les procédures en cours.

De même par coordination, le paragraphe IV prévoit que les procédures d'indemnisation par le FGTI en cours d'examen par les CIVI doivent être transmises au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Les provisions éventuellement attribuées par les CIVI doivent donner lieu à remboursement par la branche AT-MP.

Le **paragraphe X** renvoie à un décret en Conseil d'Etat les modalités d'application du dispositif et prévoit un délai de neuf mois pour l'instruction des demandes au cours de la première année de mise en œuvre du dispositif.

III - La position de votre commission

Votre commission approuve le principe de la création du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Elle s'interroge néanmoins sur les modalités pratiques de mise en œuvre de la procédure de « transaction juridique » qu'instaure, dans les faits, le présent article et souhaite que celle-ci ne porte pas atteinte aux droits des justiciables, même s'il est compréhensible de vouloir éviter une double indemnisation.

Votre rapporteur a souligné, en commentant le IV de cet article que le dispositif retenu soulevait des interrogations au regard de ses conséquences sur le plan contentieux.

En tout état de cause, il est légitime d'accorder une réparation intégrale du préjudice subi aux victimes de l'amiante.

La procédure retenue devant le fonds permet d'instaurer un régime de réparation pour risque sans rendre nécessaire la mise en œuvre systématique de recours pour faire apparaître une faute inexcusable de la part des employeurs.

Le dispositif conduit à une forme de mutualisation du coût de la réparation des dommages corporels dus à l'amiante entre l'Etat d'une part et l'ensemble des entreprises qui cotisent à la branche (AT-MP) d'autre part.

Enfin, le fonds permet d'éviter le transfert massif de la charge de la réparation vers le FGTI financé par une cotisation sur les contrats d'assurance. Les montants financiers en jeu dépassent en effet largement l'objet assigné initialement au FGTI.

Par ailleurs, votre commission vous propose d'adopter un **amendement** instaurant la possibilité, de **verser une provision** aux victimes de l'amiante ayant présenté une demande d'indemnisation.

En effet, le fonds doit statuer dans un délai de **six mois** à compter de la demande de l'indemnité, ce délai ayant toutefois été porté à **neuf mois** au cours de la **première année de mise en œuvre** du nouveau dispositif.

Les victimes de l'amiante attendent depuis longtemps une indemnisation intégrale de leur préjudice. Une maladie respiratoire liée à l'amiante peut être très invalidante et entraîner le recours à des soins ou à l'assistance d'une tierce personne.

S'agissant de personnes qui ont déjà obtenu la reconnaissance du caractère professionnel de leur maladie ou de celles atteintes par une maladie médicalement reconnue comme causée par l'amiante, il apparaît naturel de prévoir un dispositif de provision.

Une procédure analogue avait été prévue dans le cadre du fonds d'indemnisation pour les victimes d'une infraction pénale et du fonds d'indemnisation pour les victimes du Sida à la suite d'une transfusion sanguine.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi modifié.

Section 5

-

Objectifs de dépenses par branche

Art. 43

Fixation des objectifs de dépenses par branche

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses par branche des régimes de plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres.

I - Le dispositif proposé

Le Parlement approuve désormais les dépenses de la sécurité sociale, à travers la fixation des « *objectifs de dépenses par branche des régimes de plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres* ».

Ces dépenses correspondent aux opérations courantes des régimes, effectuées en métropole et dans les DOM. Elles recouvrent :

- les **prestations sociales** : il s'agit soit de prestations rendues obligatoires par la législation, soit de prestations extralégales (prestation d'action sanitaire et sociale), relevant de l'initiative de l'organisme gestionnaire ;

- les **prestations de services sociaux**, qui visent pour l'essentiel à abaisser le coût d'accès au système de soins de santé : il s'agit notamment de la prise en charge partielle des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux ;

- les frais de **gestion** engagés par les organismes de sécurité sociale ;

- les **transferts** entre régimes de protection sociale ;

- les **frais financiers** et les **autres dépenses**.

Par assimilation au régime général, quatre branches ont été retenues :

- la branche maladie-maternité-invalidité-décès ;

- la branche accidents du travail ;

- la branche vieillesse ;

- la branche famille.

Les comptes de la sécurité sociale, traditionnellement présentés toutes branches confondues, ont été éclatés pour satisfaire à cette décomposition en branches. Les règles comptables des organismes de sécurité sociale fluctuant d'un régime à l'autre, un certain nombre de conventions ont dû être adoptées :

- les dépenses de la **branche famille** sont pour l'essentiel celles de la CNAF, qui retrace déjà dans ses comptes l'ensemble des prestations légales servies par les différents organismes, ainsi que les charges annexes supportées par les organismes du régime général. Y sont ajoutés les frais de gestion administrative et d'action sociale de régimes agricoles pour la partie correspondant aux cotisations complémentaires familiales, ainsi que ceux du régime minier ;

- la branche des **accidents du travail** rassemble, outre les dépenses des fonds déjà existants (CNAMTS, salariés agricoles, Mines, FCAT, FCATA, Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales) les dépenses effectuées directement par les régimes d'employeurs, en contrepartie de cotisations dites « fictives » ;

- la définition d'une branche **maladie-maternité-invalidité-décès** pose un problème particulier.

Le régime général et les régimes alignés sur celui-ci rattachent les risques invalidité et décès au risque maladie. Dans ces régimes, les prestations d'invalidité sont servies par la branche maladie jusqu'à ce que les bénéficiaires atteignent 60 ans. Les pensions de vieillesse se substituent ensuite à celles-ci. Il n'en va pas de même des régimes spéciaux les plus importants, dans lesquels une pension d'invalidité peut continuer à être servie jusqu'au décès de l'intéressé. Le parti retenu a été de rattacher dans ce cas à la branche maladie les dépenses d'invalidité afférentes à des bénéficiaires de droits directs âgés de moins de soixante ans.

La **branche vieillesse** rassemble les prestations d'assurance vieillesse correspondant à des droits directs ou dérivés, les prestations d'assurance veuvage, et les prestations d'invalidité servies à des bénéficiaires de droits directs âgés de plus de soixante ans, ou des bénéficiaires de droits dérivés. Ces conventions sont identiques à celles utilisées pour déterminer les transferts de compensation entre régimes.

Les objectifs de dépenses font apparaître une progression des dépenses de + 4,25 %.

Comparée à la nouvelle estimation disponible pour 2000, la progression est de + 3,72 %. Cette «révision » est imputable à l'objectif de dépenses de la branche maladie-maternité-invalidité-décès.

Objectifs de dépenses par branche du PLFSS 2001

(en milliards de francs et en pourcentages)

	LFSS 2000(1)	Prévisions septembre 2000 (2)	PLFSS 2001 (3)	Variations (3)/(1)	Variations (3)/(2)
Maladie - maternité - invalidité - décès	731,0	744,4	769,2	5,23 %	3,33 %
Accidents du travail	54,7	53,3	56,2	2,74 %	5,44 %
Vieillesse veuvage	802,9	802,7	828,9	3,24 %	3,26 %
Famille	264,0	261,8	277,1	4,96 %	5,84 %
Total dépenses	1.852,6	1.862,2	1.931,4	4,25 %	3,72 %

(hors MARS supplémentaire de 2 milliards de francs en 2000)

L'objectif de dépenses de la branche *accidents du travail* progresse apparemment de manière modérée (+ 2,74 %). En fait, il semble avoir été surestimé l'année dernière, comme le montre sa forte progression par rapport aux prévisions de septembre 2000. La création d'un fonds d'indemnisation pour les victimes de l'amiante contribue à expliquer cette évolution.

L'objectif de dépenses de la branche *vieillesse veuvage* progresse à un rythme de 3,24 %.

Enfin, l'objectif de dépenses de la branche *famille* évolue de manière importante (+ 4,96 %). Cette progression ne signifie pas un effort particulier en faveur des familles, la revalorisation du calcul de la base mensuelle des allocations familiales étant inférieure à la revalorisation des pensions de base, mais s'explique par les charges nouvelles supportées par la branche :

- 2,9 milliards de francs pour les majorations pour enfants ;
- 4,1 milliards de francs pour la majoration de l'allocation de rentrée scolaire.

En dehors de ces charges nouvelles (7 milliards de francs), la progression est ramenée à 2,27 %.

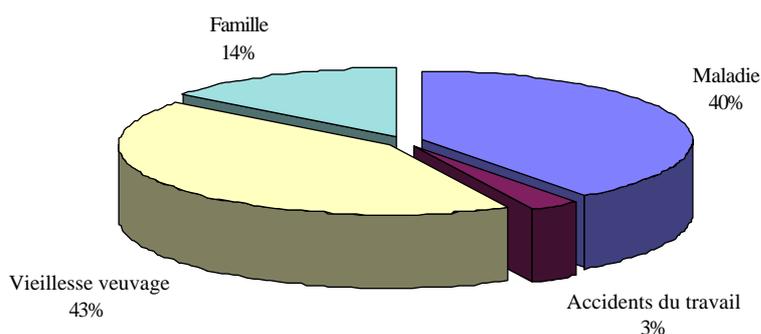
II - Les modifications adoptées à l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a majoré de 1.500 millions de francs l'objectif de dépenses vieillesse veuvage, en raison de la mesure de revalorisation des petites retraites agricoles (1.350 millions de francs), de l'extension de l'allocation veuvage aux femmes sans enfant (100 millions de francs) et de la revalorisation annoncée lors du débat de 2,2 % du minimum vieillesse (100 millions de francs).

Objectifs de dépenses par branche du PLFSS 2001 modifié
(en milliards de francs)

	PLFSS 2001
Maladie-maternité-invalidité-décès	769,2
Accidents du travail	56,2
Vieillesse veuvage	830,4
Famille	277,1
Total dépenses	1.932,9

Les dépenses du PLFSS 2001 modifié par l'Assemblée nationale



III- La position de votre commission

Votre commission analyse longuement l'évolution des dépenses des différentes branches dans les tomes I (*Equilibres généraux et assurance maladie*), II (*Famille*) et III (*Assurance vieillesse*).

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve de l'amendement de coordination qui résultera des votes précédemment émis par le Sénat.

Section 6

-

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Art. 44

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie

Objet : Cet article fixe l'objectif national de dépenses d'assurance maladie à 693,3 milliards de francs en 2001.

I - Le dispositif proposé

Votre rapporteur a longuement analysé cet article dans la partie « *I - Un ONDAM bafoué* » de son exposé général consacré à l'assurance maladie¹.

II - La position de votre commission

Constitué à l'origine sous la forme nécessairement d'un agrégat comptable, l'ONDAM est resté, cinq ans plus tard, ce même agrégat comptable.

Entre temps, il a dérivé, le Gouvernement l'a « rebasé », lui a appliqué mécaniquement des pourcentages de progression arbitraire.

Dépourvu de tout contenu en santé publique, il est aujourd'hui un arbitrage comptable, inévitablement contesté, entre les contraintes financières de l'assurance maladie et le souci des pouvoirs publics d'apaiser les tensions que connaît notre système de soins.

L'ONDAM 2000 est le résumé de trois ans d'errements : « rebasé » pour prendre acte du dépassement constaté l'année précédente, il n'en a pas moins dérivé à nouveau. De surcroît, sans estimer utile d'en saisir le Parlement, le Gouvernement l'a majoré de son propre chef, pour les besoins d'une « nouvelle étape » de sa politique hospitalière improvisée en mars 2000, trois mois après le vote définitif de la loi de financement de la sécurité sociale.

¹ Cf. Tome I du présent rapport.

Dans ce contexte, votre commission a pris une décision fondée mais d'une exceptionnelle gravité : celle d'opposer une sorte de « question préalable » à l'ONDAM 2001, c'est-à-dire un rejet solennel.

C'est une décision fondée car la Commission ne souhaite pas ratifier la dérive de l'ONDAM 2000, ne serait-ce qu'implicitement au travers du « rebasage » de l'ONDAM 2001.

Elle se déclare en outre hors d'état de prétendre qu'un ONDAM de 693,3 milliards de francs permettra de soigner correctement les Français en 2001.

Elle se refuse enfin à engager l'autorité du Sénat en lui demandant d'approuver un objectif dont le Gouvernement s'empressera de s'affranchir quelques mois plus tard.

Mais c'est également une décision d'une exceptionnelle gravité parce que l'ONDAM représente l'élément central des lois de financement.

Votre commission l'a prise en connaissance de cause tant la dérive observée depuis quatre ans lui semble traduire le dévoiement de l'ONDAM et devoir être sanctionnée clairement ; ce n'est pas en effet seulement un « agrégat » qui dérive, mais avec lui notre système de soins et le débat démocratique autour de la sécurité sociale

Votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Section 7

-

Mesures relatives à la comptabilité et à la trésorerie

Art. 45

(art. L. 114-1-1 nouveau, L. 251-1, L. 251-6 et L. 251-8
du code de la sécurité sociale)

Nouveau plan comptable des organismes de sécurité sociale

Objet : *Cet article a pour objet de donner une base législative au plan comptable unique des organismes de sécurité sociale.*

I - Le dispositif proposé

Le I prévoit dans le code de la sécurité sociale que le chapitre V (*Dispositions diverses*) du titre Ier (*Généralités*) du livre Ier (*Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base*) devient le chapitre VI.

Le II insère un nouveau chapitre V, comprenant l'article L. 115-1-1. Cet article renvoie à un décret pour fixer les règles comptables applicables à l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement.

Le III abroge les articles L. 251-1 (*répartition par arrêté ministériel entre les caisses d'assurance maladie des ressources nécessaires à la gestion administrative, au contrôle médical, aux actions conventionnelles, aux actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires*), L. 251-6 (*prélèvement sur les recettes de la CNAVTS par arrêté ministériel des ressources nécessaires à la gestion administrative, à la participation aux frais de contrôle médical et à l'action sanitaire et sociale*), L. 251-8 (*prélèvement sur les ressources des caisses d'allocations familiales pour financer l'action sanitaire et sociale et la gestion administrative*). Ces procédures extrêmement lourdes retardent de manière injustifiée l'arrêté des comptes.

Le IV précise que les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2001.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'article a fait l'objet de modifications non négligeables, à la fois sur la forme et sur le fond.

Sur la forme, l'Assemblée nationale a préféré insérer un chapitre IV bis, après le chapitre IV relatif aux commissions et conseils, constitué d'un article L. 114-1-1. Elle proscrit ainsi, à juste titre, une fâcheuse propension des rédacteurs de l'administration à dénuméroter et renuméroter les articles du code.

Sur le fond, un premier amendement présenté par M. Alfred Recours a précisé que le décret fixait également les modalités de transmission et de centralisation des comptes de ces régimes et organismes, et un second amendement a ajouté que le plan comptable unique des régimes et organismes entrerait en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2002, cette date butoir n'apparaissant pas dans la rédaction initiale. Le Parlement connaît d'expérience, hélas, la grande latitude que se donne l'exécutif pour procéder à l'application des textes législatifs.

III - La position de votre commission

Le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale a été défini par les travaux de la Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS), dirigée avec ténacité et compétence par Alain Déniel, prématurément décédé. Ce plan comptable unique, dont les règles respectent le plan comptable général de 1982, a été approuvé par le Conseil national de la comptabilité le 21 avril dernier.

Seul un plan comptable unique permettra de renforcer la fiabilité de données issues d'organismes multiples, indépendants et hétérogènes.

Votre commission ne peut être qu'en accord avec l'esprit du dispositif. Au cours de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, elle avait présenté un amendement tendant à insérer un article additionnel, adopté par le Sénat, qui avait pour objectif la tenue par les organismes de sécurité sociale d'un plan comptable unique. Elle avait prévu une date d'application à partir de l'année 2001, afin de laisser une année de préparation aux régimes de sécurité sociale.

Le Gouvernement a malheureusement opposé une fin de non-recevoir à cet article additionnel, qui aurait pu permettre d'aller plus vite.

L'article initial du projet de loi est rédigé de manière curieuse. En fait, cet article était beaucoup plus ambitieux dans le texte de l'avant-projet de loi. Il tendait à instituer, conformément aux recommandations de la Cour des comptes, à la fois une « mission comptable », chargée de centraliser les comptes des organismes nationaux et des organismes à compétence nationale, et un « Haut conseil permanent de la comptabilité des organismes de sécurité sociale », chargé notamment de suivre l'application des règles comptables par les organismes de sécurité sociale.

Le Conseil d'Etat a considéré que la plupart de ses dispositions étaient de nature réglementaire.

Votre rapporteur s'en tient à un principe simple : l'application d'un plan comptable unique aux organismes de sécurité sociale est essentielle. Elle fait partie des « principes fondamentaux de la sécurité sociale », sur lesquels, selon l'article 34 de la Constitution du 4 octobre 1958, le législateur est compétent.

Plutôt que d'introduire dans la loi un article faisant immédiatement référence à un décret d'application, il est donc important d'affirmer le principe législatif d'un plan comptable unique.

S'agissant de la date d'application, votre rapporteur est à la fois ambitieux et pragmatique. Comme l'article adopté l'année dernière par le Sénat n'a pas survécu à la lecture définitive de l'Assemblée nationale, il est nécessaire de laisser une année de préparation aux régimes de sécurité sociale, afin qu'ils adaptent leurs systèmes comptables et informatiques. L'échéance du 1^{er} janvier 2002 peut être tenue. Elle ne sera pas facile pour un certain nombre de régimes autres que le régime général, comme en atteste la réponse de la Caisse centrale de mutualité sociale agricole au questionnaire de votre rapporteur.

Question : Quelle est la position de la Caisse centrale sur les conclusions de la Mission interministérielle de la réforme des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS) ?

Réponse : *La caisse centrale partage les conclusions de cette mission interministérielle qui vise à fiabiliser les données comptables et à accélérer la production des comptes.*

Cependant, la mise en place du nouveau plan comptable avec une logique de branche entraîne pour le régime agricole de profonds bouleversements, au travers de la répartition des dépenses de gestion par branche ou la nécessité de remontée de données consolidées et infra-annuelles.

Des groupes de travail ont été mis en place avec les caisses départementales afin d'assurer :

- la définition de l'architecture comptable des régimes agricoles ;

- l'adaptation du plan comptable aux spécificités de la MSA et la réalisation du guide comptable et le programme de formation à mettre en place ;

- la définition des cahiers de charges techniques et comptables afin d'adapter les outils de liquidation et de comptabilisation aux exigences des comptabilités développées.

La MSA a signalé le risque de mettre en place un nouveau plan comptable au 1^{er} janvier 2002 (qui bouleverse profondément la pratique de la MSA) en même temps que le basculement à l'euro, opération qui nécessite de nombreuses adaptations tant techniques que culturelles.

La MSA a également attiré l'attention des pouvoirs publics sur l'impossibilité de mettre en place avant le 1^{er} janvier 2003 l'ensemble des préconisations de la MIRCOSS en raison des délais de réalisation des outils informatiques. Cependant, la Caisse centrale s'est engagée à fournir pour l'exercice 2002 les données nécessaires aux pouvoirs publics au travers de son plan comptable actuel et les données issues de son système statistique.

La Mutualité sociale agricole, régime gérant les différents risques de la sécurité sociale, ne se trouve effectivement pas dans la même situation que le régime général, dont les branches sont -par définition- déjà constituées.

Votre rapporteur estime que l'application, la première année, du plan comptable unique ne se fera pas sans heurts ni erreurs. A l'évidence, cette mise en place nécessite un important effort de formation et d'information des personnels.

Mais il est important que le législateur fixe désormais une obligation.

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Article additionnel après l'article 45

**Modifications du fonctionnement
de la Commission des comptes de la sécurité sociale**

Objet : Cet article additionnel tend à modifier les conditions de fonctionnement de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Votre commission avait déjà fait part, l'année dernière, de ses interrogations sur le fonctionnement de la Commission des comptes de la sécurité sociale, en raison des « anticipations », dont certaines étaient malencontreuses, présentées par M. François Monier, secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

La Commission des comptes de la sécurité sociale est une fausse commission ; contrairement à ce qu'indique aujourd'hui l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale, *elle n'analyse pas les comptes de la sécurité sociale*¹.

De plus, les comptes qui lui sont présentés ne sont pas les comptes qu'arrêtent les régimes et les organismes de sécurité sociale, mais des comptes « retraités » par la Direction de la sécurité sociale. La Cour des comptes a formulé, dans son dernier rapport au Parlement sur la sécurité sociale, d'importantes critiques sur les moyens mis en oeuvre par cette même Direction, à la fois informatiques et humains². La Cour ajoute qu'un « *manque de documentation* » des « *pratiques* » des cadres chargés à la Direction d'élaborer leurs informations comptables, « *compromet non seulement la polyvalence des compétences, mais aussi la transparence des opérations* » ; au total, « *la disproportion est très grande entre les moyens que la DSS peut consacrer à l'élaboration de ces informations comptables et l'ampleur de leur fonction* ».

Ce jugement sévère ne surprend pas votre rapporteur, qui appelle depuis de longues années au renforcement des moyens de la Direction de la sécurité sociale, dont les effectifs sont restés inchangés depuis 1994, malgré l'apparition des lois de financement³. Il en a fait même « *l'un des trois préalables pour permettre aux lois de financement de jouer pleinement leur rôle* ».

Mais si les défaillances des rapports présentés à la Commission des comptes de la sécurité sociale s'arrêtaient à la faiblesse des moyens administratifs et techniques, votre rapporteur n'aurait pas à présenter d'article additionnel.

Les rapports présentés à la Commission des comptes en septembre 1999 et en septembre 2000 montrent que les comptes tendanciels de la sécurité sociale sont modifiés, pour prendre en compte, par anticipation, *des décisions politiques*.

Votre rapporteur constate que le « brouillage » entre les comptes tendanciels et les comptes modifiés par les décisions prises par la loi de financement est de plus en plus manifeste.

Votre rapporteur estime qu'un palier supplémentaire a été franchi, en raison de l'absence des comptes du FOREC dans le rapport présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale, au mépris de la loi du 25 juillet 1994.

En conséquence, il apparaît nécessaire de préciser que la Commission des comptes se contente de « prendre acte » des comptes présentés.

¹ cf. tome I, « *Les comptes perdent en lisibilité ce qu'ils gagnent en fiabilité* ».

² *Rapport de la Cour des comptes*, p. 177.

³ « *Les lois de financement de la sécurité sociale : un acquis essentiel, un instrument perfectible* », rapport d'information n°433 (1998-1999).

Votre commission vous propose d'étendre le champ de la Commission des comptes aux administrations de sécurité sociale, ce qui permet d'inclure, par rapport à la situation actuelle, la présentation des comptes de l'UNEDIC. Le champ couvert par la Commission des comptes est déjà plus large que celui des lois de financement, puisque les régimes complémentaires vieillesse ARRCO et AGIRC sont concernés.

Le Parlement disposera ainsi d'une vision détaillée du compte des administrations publiques de sécurité sociale, faisant partie intégrante du solde des administrations publiques défini dans le cadre de nos engagements européens.

Il apparaît en outre nécessaire d'instituer un « secrétariat général permanent », distinct de la Direction de la sécurité sociale, qui aura pour charge de rédiger les rapports présentés à la commission. Ce secrétariat général permanent, signifiant une *autonomie de moyens*, sera placé sous l'autorité d'un secrétaire général, dont le mode de nomination (nomination par le ministre sur la proposition conjointe des présidents des deux assemblées) permettra de renforcer son *autonomie d'analyse*.

Le Parlement sera ainsi davantage associé, « en amont », à la production des comptes tendanciels.

Naturellement, la Direction de la sécurité sociale restera chargée de la préparation du projet de loi de financement de la sécurité sociale et de ses annexes. Cette séparation des tâches mettra fin à un système où « *la même direction cumule les missions qu'exercent, pour les comptes de l'Etat, la Direction de la comptabilité publique, la Direction de la prévision et la Direction du budget sans disposer, loin s'en faut, de moyens équivalents* »¹.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

Article additionnel après l'article 45

Conditions de la centralisation des comptes des organismes de sécurité sociale et suivi du plan comptable unique

Objet : Cet article additionnel tend à préciser le suivi du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale.

¹ Selon l'image utilisée par Alain Déniel, lors de son audition du 13 avril 1999 (Rapport n°433, op. cit., p. 157.)

L'adoption à l'article 45 du projet de loi du principe d'un « plan comptable unique des organismes de sécurité sociale » risque d'être une avancée considérable, mais sans lendemain, si les conditions de son application ne font pas l'objet d'un suivi et d'un contrôle rigoureux.

Le Gouvernement partage cet objectif et envisage de créer une « mission permanente ». Cette disposition était d'ailleurs présente dans l'avant-projet de loi soumis aux partenaires sociaux, mais aurait été disjointe à la suite de l'avis du Conseil d'Etat¹.

Votre commission vous propose d'adopter un article additionnel après l'article 45, visant à insérer dans le code de la sécurité sociale un article permettant de préciser les conditions de centralisation des comptes et de suivi du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale. Elle estime que la création d'un « secrétariat général permanent » de la Commission des comptes de la sécurité sociale, indépendant de la Direction de la sécurité sociale, permet d'éviter de recourir à cette « mission permanente ». Ce sera au « secrétariat général » de veiller à l'exacte application des règles comptables par les organismes de sécurité sociale, puisqu'il sera chargé d'établir les comptes présentés à la Commission des comptes de la sécurité sociale. Il sera également chargé de veiller au respect des dates de centralisation des comptes.

L'utilisation d'un plan comptable unique, la centralisation des comptes des organismes de base par les organismes nationaux de sécurité sociale, et l'accélération des délais d'arrêté des comptes permettront aux finances sociales de franchir une nouvelle étape. Des informations infra-annuelles seront enfin disponibles.

La transparence et la sincérité des comptes sociaux méritent d'y accorder des moyens.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

Art. 46

(art. L. 243-14 du code de la sécurité sociale)

Seuil de paiement des cotisations sociales par virement

¹ Votre rapporteur est obligé de recourir au conditionnel, puisqu'il n'a pas eu connaissance de l'avis du Conseil d'Etat. De manière générale, les avis de la Haute juridiction administrative ne sont pas rendus publics, sauf à la demande du Gouvernement. Or, s'agissant des lois de financement de la sécurité sociale, la consultation des caisses du régime général impose la publicité de l'avant-projet de loi, à la différence des autres avant-projets de loi. Il apparaît souhaitable, en conséquence, que le Gouvernement communique au Parlement l'avis du Conseil d'Etat.

Objet : Cet article vise à renforcer le recours aux moyens de paiement automatisés.

I - Le dispositif proposé

Le texte proposé par le Gouvernement modifie l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale, en abaissant de six millions à un million de francs le seuil de paiement des cotisations sociales par moyens de paiement automatisés (virements, télé-règlements, prélèvements automatiques...).

Le seuil est applicable à partir du 1^{er} avril 2001, afin de laisser aux nouvelles entreprises concernées d'organiser les modalités, en liaison avec leur banque, de ce nouveau mode de paiement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

M. Alfred Recours, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a eu le privilège de faire adopter le premier amendement libellant le montant en euros. En effet, à compter du 1^{er} janvier 2002, les montants en francs deviendront obsolètes. L'ordonnance n° 2000-916 du 19 septembre 2000 portant adaptation de la valeur en euros de certains montants exprimés en francs dans les textes législatifs a déjà prévu une conversion de l'ancien montant de six millions de francs en euros.

Il était ainsi nécessaire d'adopter un seuil de 150.000 euros.

III - La position de votre commission

Le recours à l'obligation d'un mode de paiement automatisé est très récent, puisque l'article 9 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est à l'origine de l'article L. 243-14.

Cette disposition législative a eu un impact concret, puisque 43,8 % des sommes prélevées par les URSSAF en 1999 ont été payés par un mode automatisé, contre 12 % en 1998.

La Cour des comptes avait souhaité, dans son rapport de septembre 2000, que ce seuil passe de six millions de francs à cinq millions de francs, par analogie avec celui retenu pour la taxe sur la valeur ajoutée.

Votre rapporteur, président du Conseil de surveillance de l'ACOSS, considère que l'obligation des modes de paiement automatisés est la contrepartie des efforts de la branche du recouvrement en faveur du public, notamment dans le domaine des télédéclarations. L'automatisation des modes de paiement permet de libérer les personnels des URSSAF de tâches fastidieuses et improductives (ouverture d'enveloppes, récupération de chèques, ...), ce qui permet d'améliorer l'accueil et les services rendus au public.

Le choix d'un seuil d'un million de francs (150.000 euros) est ainsi justifié.

Il convient de rappeler que ces dispositions sont applicables à la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S), en vertu de l'article L. 651-7 du code de la sécurité sociale.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 46 bis (nouveau)

(art. L. 136-7 du code de la sécurité sociale)

**Date de versement de la CSG sur les produits de placement
par les institutions financières**

Objet : Cet article additionnel, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, tend à assurer un versement plus régulier dans l'année de la CSG sur les revenus de placement.

I - Le dispositif proposé

Cet article modifie le deuxième alinéa du IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, en disposant que le versement de la contribution sociale généralisée sur les revenus de placement doit intervenir le 30 septembre pour 7/9^{ème} de son montant, et le 30 novembre au plus tard pour les 2/9^{ème} restants.

Dans l'état actuel du droit, le paiement doit intervenir le 30 novembre au plus tard.

II - La position de la commission

Antérieurement à 1997, la CSG sur les produits de placement se limitait aux revenus soumis à prélèvement libératoire conformément à l'article 125 A du code général des impôts. L'élargissement résultant de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 (n° 96-1160 du 27 décembre 1996) a visé à assujettir l'ensemble de ces revenus, à l'exception des produits de certains livrets à taux réglementé.

Sont ainsi assujettis :

- les intérêts et primes d'épargne des comptes d'épargne logement (CEL), respectivement lors de leur inscription en compte et de leur versement ;
- les intérêts et primes d'épargne des plans d'épargne logement (PEL) lors du dénouement du contrat ;
- les produits attachés aux bons ou contrats de capitalisation et produits de placements de même nature (assurance vie) lors de leur dénouement (contrats d'assurance vie souscrits en unité de compte) ou lors de l'inscription au compte des intérêts (contrats d'assurance vie en francs) ;
- les produits capitalisés des plans d'épargne populaire (PEP), lors de leur inscription en compte. La prime d'épargne ainsi que les intérêts seront soumis à la CSG lors de leur versement par l'Etat, la même règle s'appliquant lorsque le plan est clos par le versement d'une rente viagère ;
- le gain net réalisé ou la rente viagère versée lors d'un retrait opéré sur un plan d'épargne en actions (PEA) dans certaines conditions ;
- les revenus correspondant aux droits constitués sur la participation des salariés aux résultats de l'entreprise, lors de la délivrance des droits ;
- les sommes ou valeurs provenant d'un plan d'épargne d'entreprise (PEE).

La CSG sur les produits de placements est prélevée par deux systèmes collecteurs :

- les services de la Direction générale des impôts (DGI) pour la CSG assise sur les placements des particuliers par l'intermédiaire des banques ;
- les trésoreries générales et les recettes des finances pour les placements effectués à leurs guichets par des particuliers.

Cette disposition tend à améliorer la trésorerie du régime général. L'ACOSS bénéficiera, pour 7/9^{ème} de la CSG sur les revenus de placement, de deux mois d'avance. Le versement de cette recette interviendra juste avant la mi-

octobre, qui est la période la plus difficile pour la trésorerie de l'ACOSS, en raison d'un décalage entre les recettes et les dépenses.

Votre rapporteur partage pleinement cet objectif.

La CSG sur les revenus de placements versée par les banques a été évaluée à 7,7 milliards de francs en 1998. Il serait cependant souhaitable de prévoir une neutralité de l'opération pour la trésorerie des établissements bancaires. Le Gouvernement a été incapable, depuis que la Cour des comptes a suggéré cette disposition en 1998, d'engager une quelconque négociation avec lesdits établissements.

Sous le bénéfice de ces observations, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 47

Plafonnement des ressources non permanentes

Objet : Cet article, qui fait partie du contenu « obligatoire » des lois de financement de la sécurité sociale, fixe les limites dans lesquelles les besoins de trésorerie des régimes obligatoires comptant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres peuvent être couverts par des ressources non permanentes.

I - Le dispositif proposé

Le Gouvernement propose une liste de cinq « régimes » de sécurité sociale (en fait, deux régimes, deux caisses et un fonds) en fixant un plafond d'avances qui correspond au point le plus bas de la trésorerie de ces régimes.

Plafonds d'avances de trésorerie 1997-2001

(en milliards de francs)

	LFSS 1997	LFSS 1998	LFSS 1999	LFSS 2000	PLFSS 2001
Régime général	66,0	20,0	24,0	29,0	29,0
Régime des exploitants agricoles	8,5	8,5	10,5	12,5	12,5
CNRACL		2,5	2,5	2,5	2,5
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	0,8	0,5	0,5	0,5	0,5

II - La position de votre commission

Cet article n'a pas été modifié par l'Assemblée nationale, M. Alfred Recours, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales ayant retiré en séance, à la demande de Mme la Ministre, un amendement ramenant de 29,5 à 20 milliards de francs le plafond d'avances consenti au régime général.

La notion de *plafond d'avances*, telle qu'elle est interprétée par le Gouvernement, recouvre des situations très différentes.

**Comparaison entre le solde des opérations courantes
et le plafond d'avances de trésorerie en 2001**

(en millions de francs)

	Solde des opérations courantes	Plafond de trésorerie
Régime général	8.812	29.500
Régime agricole	- 715	12.500
CNRACL	- 529	2.500
CANSSM	48	2.300
FSPOIE	- 46	500

Pour la CNRACL, le plafond proposé de 2,5 milliards de francs correspond à la dégradation du solde comptable de ce régime, mis à mal par la « surcompensation ».

Pour le régime des exploitants agricoles, le plafond proposé de 12,5 milliards de francs correspond à un besoin de trésorerie résultant du décalage entre le versement des prestations et le recouvrement des recettes. Si l'exécution du BAPSA peut se révéler déficitaire, ce qui est le cas en 1999, un budget annexe doit être voté en équilibre.

La Caisse autonome de sécurité sociale dans les mines est dans une situation analogue.

Pour le régime général, le plafond proposé depuis 1998 est inversement proportionnel à l'amélioration du solde comptable. Le « plafond d'avances » de trésorerie du régime général, qui était un moyen pour le Parlement de contrôler, selon la loi organique du 22 juillet 1996, l'éventuelle dégradation du solde comptable, est devenu un outil de trésorerie.

Proposer un plafond de trésorerie de 29 milliards de francs, alors que le régime général devrait être excédentaire en 2000 comme en 2001, est reconnaître que le régime général fait des avances de trésorerie à d'autres organismes, en premier lieu desquels l'Etat et le FOREC. Une autre possibilité, non exclusive de la première, serait que le Gouvernement ne croit qu'à moitié à la prévision historique de masse salariale qu'il a lui-même fixée.

Votre rapporteur considère qu'il est temps que le plafond d'avances de trésorerie du régime général retrouve sa véritable signification. En conséquence, il vous propose de fixer ce plafond à 15 milliards de francs en 2001. Le niveau de ce plafond est déterminé à la fois par l'exigence de préserver la neutralité des opérations de trésorerie entre le FOREC et l'ACOSS et par le « démontage » des « tuyaux » du projet de loi, qui a pour conséquence une forte amélioration du solde du régime général (10 milliards de francs contre 4 milliards de francs).

Votre commission vous propose, comme en 1999, de réduire le plafond d'avances de trésorerie accordé au régime agricole de 12,5 à 10,5 milliards de francs. Son relèvement d'année en année ne paraît pas se justifier, compte tenu du solde comptable du régime.

Elle vous propose, comme en 1997, 1998 et 1999, de supprimer l'autorisation d'emprunt accordée à la CNRACL, afin de s'élever solennellement contre le mécanisme de la « surcompensation ».

Votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

-

EXAMEN DU RAPPORT

Réunie le mercredi 8 novembre 2000, sous la présidence de M. Jean Delaneau, président, la commission a procédé à l'examen du rapport sur le projet de loi n° 64 (2000-2001) de financement de la sécurité sociale pour 2001, adopté par l'Assemblée nationale : M. Charles Descours, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie ; M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille ; M. Alain Vasselle, rapporteur pour l'assurance vieillesse.

M. Jean Delaneau, président, a tout d'abord souhaité revenir sur les conditions dans lesquelles s'était déroulée la veille l'audition de Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, accompagnée de Mme Dominique Gillot, secrétaire d'Etat à la santé et aux handicapés. Il a constaté que les ministres, évoquant les contraintes de leur agenda, avaient l'une et l'autre souhaité abréger l'audition, de sorte que les commissaires n'avaient pu poser leurs questions ni a fortiori entendre les réponses du Gouvernement. M. Jean Delaneau, président, a indiqué qu'il comptait faire part aux ministres de la profonde insatisfaction ressentie à cette occasion par la commission.

Puis MM. Charles Descours, Jean-Louis Lorrain et Alain Vasselle ont présenté les grandes lignes de leur rapport (cf. respectivement exposés généraux des tomes I, II et III du présent rapport).

M. Charles Descours, rapporteur, a conclu en résumant les propositions soumises à la commission (cf. Tome I du présent rapport).

M. Jean Chérioux a félicité les rapporteurs pour la qualité de leurs explications, permettant davantage de clarté dans un domaine toujours plus complexe. Il a signalé que la prise en charge par la caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) de la majoration d'allocation de rentrée scolaire (MARS) était présentée comme un « cadeau » pour les familles, alors que ce transfert budgétaire n'apportait aucun droit supplémentaire. Il a déploré que le fonds de réserve des retraites soit aujourd'hui considéré par les Français comme un « fonds de garantie », visant à pérenniser le système de retraite par répartition. Il a déclaré que cette présentation était un véritable « abus ». Il s'est demandé enfin quelle était la justification d'un fonds pour financer les trente-cinq heures.

M. Alain Gournac a vivement appuyé les propositions de M. Charles Descours, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie, tendant à refuser de voter l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM). Il a considéré que le Parlement était « trompé » sur les comptes de la sécurité sociale. Il a indiqué que le rapport Teulade était une « mascarade » et que le fonctionnement du fonds de réserve, tel qu'imaginé par le Gouvernement, consistait -comme l'avait précisé M. Alain Vasselle, rapporteur pour l'assurance vieillesse- à créer simultanément des « trous » et des « tas ».

Revenant sur les déclarations de Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, lors de son audition par la commission le 7 novembre 2000, il s'est interrogé sur les moyens nécessaires pour détecter les problèmes de santé publique affectant les élèves des établissements scolaires. Il a considéré que, si l'objectif était partagé de manière unanime, il était pour autant nécessaire de dégager des moyens, compte tenu du très petit nombre de médecins et d'infirmiers scolaires.

M. Serge Franchis a approuvé la position retenue par le rapporteur sur l'ONDAM. Il a observé que l'augmentation de l'ONDAM n'était pas critiquable lorsqu'elle était occasionnée par le traitement de nouvelles maladies et l'investissement dans de nouveaux équipements. Il a estimé qu'en revanche l'absence de transparence sur cette progression de l'ONDAM ne permettait pas de faire un choix politique en pleine connaissance de cause.

M. Guy Fischer ne s'est pas déclaré surpris par le « contre-projet » présenté par les rapporteurs. Il a estimé que ce « contre-projet » était toutefois « mort-né » par le refus d'adopter un ONDAM. Il a rappelé que le groupe communiste républicain et citoyen avait fait part, lors de la première lecture à l'Assemblée nationale, de ses critiques sur le projet de loi. Il a estimé que l'amélioration de la situation des comptes de la sécurité sociale devait profiter au plus grand nombre. Rappelant qu'un premier effort avait été réalisé en matière de lunetterie, il a demandé une élévation du niveau des remboursements, notamment dans le domaine de la dentisterie et des appareillages pour les handicapés. Il a considéré que M. Charles Descours, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie, « tirait à boulets rouges » sur l'hôpital. Il s'est inquiété des propositions du mouvement des entreprises de France (MEDEF) tendant à réaliser des économies de 32 milliards de francs. En conséquence, il a indiqué que le groupe communiste républicain et citoyen s'opposerait au « contre-projet » présenté par les rapporteurs.

M. Bernard Seillier a félicité les rapporteurs de la clarté de leur radiographie du projet de loi. Il a estimé que les propositions étaient extrêmement importantes au-delà des choix financiers opérés. Il a rappelé que le Parlement avait souhaité un débat sur le financement de la sécurité sociale

pour apprécier en toute transparence les grandes orientations de santé et de protection sociale. Il a regretté la dérive d'obscurcissement des lois de financement de la sécurité sociale. Il a considéré que la demande de transparence des rapporteurs était une exigence essentielle de démocratie.

M. Louis Souvet, évoquant les propos sibyllins sur l'hôpital de Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, lors de son audition par la commission le 7 novembre 2000, s'est inquiété du coût, pour les hôpitaux, des trente-cinq heures et de la prise en charge de nouveaux traitements très coûteux. Il a observé que le mécontentement des personnels hospitaliers était patent et qu'une « crise hospitalière » couvait.

M. Guy Vissac, citant l'exemple d'un hôpital de son département de 240 lits, a approuvé les propos tenus par M. Louis Souvet. Les conséquences des trente-cinq heures n'ont pas été prises en compte dans la progression des budgets hospitaliers pour 2001.

Répondant à M. Jean Chérioux, M. Charles Descours, rapporteur pour les équilibres généraux et l'assurance maladie, a considéré que la création du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) visait à masquer le coût réel des trente-cinq heures et à obtenir de la sécurité sociale les financements nécessaires.

Répondant à M. Serge Franchis, il a observé que la commission appelait, depuis deux ans, à un débat d'orientation de santé publique, permettant de définir un contenu sanitaire à l'agrégat comptable qu'est aujourd'hui l'ONDAM. Il a cité l'exemple des médicaments anticancéreux dont personne n'est capable de déterminer le rôle dans la progression de l'ONDAM.

Répondant à M. Guy Fischer, il a approuvé la demande d'un meilleur remboursement des soins dentaires. Mais il a observé qu'il était aujourd'hui impossible de définir en toute clarté un « panier de soins » remboursable.

Répondant à MM. Louis Souvet et Guy Vissac, il a confirmé qu'il n'existait aucune disposition pour financer les trente-cinq heures. Il a rappelé que le protocole du 14 mars 2000 mentionnait le chiffre de 10 milliards de francs pour la seule question des remplacements de personnel et non celle de la création d'emplois liée à la réduction du temps de travail. Il a considéré que la « nouvelle étape hospitalière » présentée par le Gouvernement n'avait eu pour effet que d'apaiser momentanément les tensions les plus fortes.

Puis la commission a procédé à l'examen des articles.

Sur proposition de M. Charles Descours, rapporteur, après avoir réservé l'article premier (approbation d'un rapport annexé), la commission a adopté l'article 2 A (nouveau) (consolidation d'une assiette forfaitaire pour le

calcul de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS)) sans modification.

*A l'article 2 (réduction de la CSG et de la CRDS sur les revenus d'activité), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.*

Elle a adopté l'article 3 (conditions d'exonération de la CRDS sur les revenus de remplacement) sans modification.

*Après l'article 3, sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel visant à instituer un principe de compensation, par le budget de l'Etat, des mesures d'exonération de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).*

Elle a adopté l'article 3 bis (exonération de CSG et de CRDS de l'indemnité de cessation d'activité des travailleurs de l'amiante) sans modification.

*A l'article 3 ter (nouveau) (frais d'assiette de la CSG et de la CRDS), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à restreindre la suppression de ces frais d'assiette à la seule CSG sur les revenus du patrimoine.*

*A l'article 4 (compensation de la réduction de la CSG), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.*

Elle a adopté sans modification les articles 4 bis (compétence territoriale de l'Union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) pour les contrôles de l'application de la législation de sécurité sociale), 5 (simplification du calcul de l'assiette des cotisations sociales des exploitants agricoles), et 5 bis (nouveau) (extension de la durée d'exonération de cotisations sociales applicable aux jeunes agriculteurs) sans modification.

*A l'article 6 (simplification du calcul de l'assiette de la CSG sur les revenus professionnels des exploitants agricoles), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à préciser dans la loi l'assiette forfaitaire provisoire de la CSG due par les cotisations de solidarité.*

*Avant l'article 7, sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel prévoyant une affectation en pourcentage de la contribution sociale de solidarité des*

sociétés (C3S) aux régimes des non-salariés non agricoles et au fonds de réserve.

A l'article 7 (recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) et application dérogatoire d'une comptabilité de caisse pour sa répartition), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à supprimer l'application dérogatoire d'une comptabilité de caisse.

Elle a adopté l'article 8 (application de la réduction dégressive de cotisations sociales patronales sur les bas salaires aux indemnités de congés payés versées par des caisses de compensation) sans modification.

A l'article 9 (horaires d'équivalence, durées maximales de travail spécifiques et allègements de cotisations patronales de sécurité sociale), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

A l'article 10 (dépenses du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC)), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

A l'article 11 (affectation de diverses taxes à des organismes de sécurité sociale), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

A l'article 12 (modification des règles d'affectation de la CSG), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

Elle a adopté l'article 13 (prévisions de recettes par catégorie) sans modification, sous réserve des coordinations qui résulteront des votes du Sénat.

A l'article 14 (renforcement de l'aide pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA)), sur proposition de **MM. Jean-Louis Lorrain et Charles Descours, rapporteurs**, elle a adopté un amendement tendant à supprimer l'abaissement du plafond de la majoration de l'aide de 100 % du salaire de l'assistante maternelle à 80 %

A l'article 15 (création de l'allocation et du congé de présence parentale), sur proposition de **MM. Jean-Louis Lorrain et Charles Descours, rapporteurs**, elle a adopté un amendement tendant à supprimer la mise sous condition de ressources, pour l'affiliation au régime de base d'assurance vieillesse des allocataires de l'allocation de présence parentale.

*A l'article 16 (prise en charge par la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) des majorations de pensions pour enfant), sur proposition de **MM. Jean-Louis Lorrain et Charles Descours, rapporteurs**, elle a adopté un amendement tendant à supprimer cet article.*

Elle a adopté l'article 17 (cumul de l'allocation parentale d'éducation (APE) avec la reprise d'une activité professionnelle) sans modification.

*A l'article 18 (fonds d'investissement pour les crèches), sur proposition de **MM. Jean-Louis Lorrain et Charles Descours, rapporteurs**, elle a adopté un amendement tendant à supprimer ce fonds d'investissement, à créer un compte de réserve où seront affectés les excédents de la branche famille et à doter de 1,5 milliard de francs le fonds national d'action sociale pour des dépenses d'investissement en faveur des crèches.*

*A l'article 19 A (nouveau) (abrogation de la loi du 25 mars 1997 créant les plans d'épargne retraite), sur proposition de **MM. Alain Vasselle et Charles Descours, rapporteurs**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.*

Elle a adopté sans modification les articles 19 (revalorisation des retraites du régime général et des avantages alignés sur l'évolution prévisionnelle des prix), 19 bis (nouveau) (extension de l'assurance veuvage aux veufs et veuves sans enfant) et 20 (répertoire national des retraites et des pensions).

*A l'article 21 (cumul emploi-retraite), sur proposition de **MM. Alain Vasselle et Charles Descours, rapporteurs**, elle a adopté un amendement tendant à préserver les petites agglomérations rurales de la désertification provoquée par la fermeture des commerces.*

*A l'article 22 (prise en charge par le fonds de solidarité vieillesse des cotisations versées à l'Association des régimes de retraite complémentaire (ARRCO)/Association générale des institutions de retraite des cadres (AGIRC) au titre des périodes de chômage et de préretraite indemnisées par l'Etat), sur proposition de **MM. Alain Vasselle et Charles Descours, rapporteurs**, elle a adopté un amendement tendant à supprimer cet article.*

Elle a adopté l'article 23 (prise en charge par le fonds de solidarité vieillesse des dispenses d'activité avec suspension du contrat de travail) sans modification.

*A l'article 24 (affectation du prélèvement de 2 % sur le capital FSV et au fonds de réserve des retraites), sur proposition de **MM. Alain Vasselle et Charles Descours, rapporteurs**, elle a adopté un amendement tendant à supprimer cet article.*

*A l'article 25 (alimentation du fonds de réserve pour les retraites), sur proposition de **MM. Alain Vasselle et Charles Descours, rapporteurs**, elle a adopté un amendement tendant à modifier l'alimentation du fonds de réserve des retraites et à garantir, sous le contrôle du Parlement, par la création d'un établissement public administratif, un emploi financièrement efficace et juridiquement transparent des sommes collectées.*

Elle a adopté l'article 26 (régime spécial de sécurité sociale des marins) sans modification.

*A l'article 27 (fonds additionnel d'action sociale), sur proposition de **MM. Alain Vasselle et Charles Descours, rapporteurs**, elle a adopté un amendement de précision.*

Elle a adopté l'article 28 (alignement des prestations en nature de la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles (CANAM) sur celles du régime général) sans modification.

*A l'article 29 (réseaux et filières expérimentaux de soins), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à prévoir une évaluation des expérimentations menées en matière de réseau de soins, que ce soit au niveau régional ou au niveau national.*

Elle a adopté l'article 30 (dotation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville) sans modification.

Elle a maintenu la suppression de l'article 31 (règlement des litiges avec les professionnels de santé).

*Après l'article 31, elle a adopté, sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, un amendement tendant à insérer un article additionnel supprimant le système des lettres-clés flottantes et instituant un mécanisme de maîtrise médicalisée des dépenses.*

*A l'article 31 bis (nouveau) (rapport d'équilibre sur l'objectif de dépenses déléguées), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à supprimer cet article.*

*A l'article 32 (agence technique de l'information sur l'hospitalisation), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.*

*A l'article 33 (création d'un fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**,*

elle a adopté un amendement tendant à élargir le bénéfice de ce fonds aux établissements de santé privés.

Elle a adopté sans modification les articles 34 (tarification des cliniques pour l'activité d'urgence), 35 (dotation du fonds pour la modernisation des cliniques privées) et 36 (financement du service de santé des armées).

*A l'article 36 bis (nouveau) (transmission pour analyse des prélèvements effectués par les professionnels de santé), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à supprimer cet article.*

*A l'article 37 (appartements de coordination thérapeutique et consultations en alcoologie), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté deux amendements rédactionnels afin d'insérer directement les appartements de coordination thérapeutiques (ACT) parmi les institutions visées par la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 et un amendement tendant à supprimer le principe du transfert des dépenses des ACT du budget de l'Etat vers l'assurance maladie.*

*A l'article 38 (publicité pour les médicaments), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à supprimer une condition de durée maximale.*

*A l'article 39 (création d'un fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à supprimer cet article.*

*A l'article 40 (incitation au développement des médicaments orphelins), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à rectifier une erreur matérielle.*

*A l'article 41 (clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté deux amendements. Le premier vise, d'une part, à mettre en place un système progressif pour cette contribution, d'autre part à supprimer le taux maximum de 70 %. Le second prévoit que les remises versées au titre de la politique conventionnelle sont inférieures au montant attendu du fait de la clause de sauvegarde.*

*A l'article 41 bis (nouveau) (augmentation de la contribution à la charge des établissements de vente en gros de spécialités pharmaceutiques), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à supprimer cet article.*

Elle a adopté l'article 41 ter (nouveau) (convention entre l'assurance maladie et les fournisseurs ou distributeurs de dispositifs médicaux) sans modification.

A l'article 41 quater (nouveau) (report de la date limite de signature des conventions relatives à la tarification des établissements pour personnes âgées), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à substituer à la date du 31 décembre 2003 la date du 31 décembre 2002.

A l'article 42 (création d'un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement instaurant la possibilité de verser une provision aux demandeurs d'une indemnité devant le fonds lorsque ceux-ci sont atteints par une maladie reconnue comme maladie professionnelle liée à l'amiante.

Elle a adopté l'article 43 (fixation des objectifs de dépenses par branche) sans modification, sous réserve des coordinations qui résulteront des votes du Sénat.

A l'article 44 (fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

A l'article 45 (nouveau plan comptable des organismes de sécurité sociale), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à affirmer davantage le principe d'un plan comptable unique pour les organismes de sécurité sociale.

Après l'article 45, sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à insérer deux articles additionnels, le premier réformant les conditions de fonctionnement de la commission des comptes de la sécurité sociale et le second visant à préciser les conditions de centralisation des comptes des organismes de base et à assurer le suivi de réalisation du plan comptable européen.

Elle a adopté sans modification les articles 46 (seuil de paiement des cotisations sociales par virement) et 46 bis (nouveau) (date de versement de la CSG sur les produits de placement par les institutions financières).

A l'article 47 (plafonnement des ressources permanentes), sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à diminuer les plafonds d'avances de trésorerie consentis au régime général et au régime agricole et à supprimer la possibilité d'emprunt accordée à la CNRACL.

*Enfin, à l'article premier, précédemment réservé, elle a adopté, sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, le rapport annexé dans une nouvelle rédaction développant les orientations et les propositions de la commission des affaires sociales pour le projet de financement de la sécurité sociale pour 2001.*

Enfin, la commission a approuvé l'ensemble du projet de loi ainsi amendé.

TABLE DES SIGLES

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACOSS	Agence centrale des organismes de sécurité sociale
ACT	Appartements de coordination thérapeutique
AES	Allocation d'éducation spéciale
AGED	Allocation de garde d'enfant à domicile
AGIRC	Association générale des institutions de retraite
APP	Allocation de présence parentale
ARRCO	Association des régimes de retraite complémentaires
ARS	Allocation de rentrée scolaire
ATIACL	Allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales
AVPF	Assurance vieillesse des parents au foyer
AVTS	Allocation aux vieux travailleurs salariés
BAPSA	Budget annexe des prestations sociales agricoles
BMAF	Base mensuelle de calcul des allocations familiales
CADES	Caisse d'amortissement de la dette sociale
CAMAC	Caisse mutuelle d'assurance maladie des cultes
CAMAVIC	Caisse mutuelle d'assurance vieillesse et invalidité des cultes
CANAM	Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles
CANCAVA	Caisse autonome nationale de compensation de l'assurance vieillesse des artisans
CANSSM	Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines
CCMSA	Caisse centrale de la mutualité sociale agricole
CCSS	Commission des comptes de la Sécurité sociale
CDC	Caisse des dépôts et consignations
CEC	Contrat emploi consolidé
CES	Contrat emploi solidarité
CGI	Code général des impôts
CGSS	Caisse générale de Sécurité sociale des DOM
CHRS	Centres d'hébergement et de réinsertion sociale
CIE	Contrat initiative emploi
CMU	Couverture maladie universelle

CNAF	Caisse nationale des allocations familiales
CNAMTS	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
CNAVPL	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNAVTS	Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés
CNBF	Caisse nationale des barreaux français
CNMSS	Caisse nationale militaire de Sécurité sociale
CNRACL	Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales
CODEC	Comité départemental d'examen des comptes des organismes de sécurité sociale
COG	Convention d'objectifs et de gestion
CRDS	Contribution pour le remboursement de la dette sociale
CRE	Contrat de retour à l'emploi
CRM	Caisse de retraite des marins
CRPCEN	Caisse de retraite et de prévoyance des clercs et employés de notaires
CSG	Contribution sociale généralisée
CSSS ou C3S	Contribution sociale de solidarité sur les sociétés
CUDC	Compte unique de disponibilités courantes
FAAS	Fonds additionnel d'action sociale
FASMO	Fonds d'accompagnement pour la modernisation des établissements de santé
FATIACL	Fonds de l'allocation temporaire invalidité des agents des collectivités locales
FCAATA	Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante
FCCFA	Fonds de compensation de congé de fin d'activité
FCCPA	Fonds de compensation des cessations progressives d'activité
FEH	Fonds pour l'emploi hospitalier
FMES	Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé
FNAS	Fonds national d'action sanitaire et sociale de la CNAF
FOREC	Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale
FRR ou F2R	Fonds de réserve des retraites
FSI	Fonds spécial d'invalidité
FSPOIE	Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat

FSV	Fonds de solidarité vieillesse
GVT	Glissement, vieillesse, technicité
IGAS	Inspection générale des affaires sociales
MIRCOSS	Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale
MSA	Mutualité sociale agricole
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
OFCE	Observatoire français des conjonctures économiques
ONDAM	Objectif national de dépenses d'assurance maladie
OQN	Objectif quantifié national
OQR	Objectif quantifié régional
ORGANIC	Organisation autonome nationale de l'industrie et du commerce
PIB	Produit intérieur brut
PMSI	Programme médicalisé de système d'information
PSD	Prestation spécifique dépendance
RDS	Remboursement de la dette sociale
RMI	Revenu minimum d'insertion
RMO	Référence médicale opposable
SMIC	Salaire minimum interprofessionnel de croissance
SMPT	Salaire moyen par tête
SROS	Schéma régional d'organisation sanitaire
TACA	Taxe d'aide au commerce et à l'artisanat
TIPS	Tarif interministériel des prestations sanitaires
TVA	Taxe à la valeur ajoutée
UNEDIC	Union nationale pour l'emploi dans l'industrie et le commerce
URSSAF	Union pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales

I. TABLEAU COMPARATIF

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE 1^{ER} GÉNÉRALITÉS- DISPOSITIONS COMMUNES À TOUT OU PARTIE DES RÉGIMES DE BASE</p> <p>TITRE III DISPOSITIONS COMMUNES RELATIVES AU FINANCEMENT</p> <p>Section 1</p> <p>De la contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement</p> <p>Art. L. 136-2. - I. -</p>	<p>TITRE I^{ER}</p> <p>ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE</p> <p>Art. 1^{er}</p> <p>Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2001.</p>	<p>TITRE I^{ER}</p> <p>ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE</p> <p>Art. 1^{er}</p> <p>Sans modification (voir <i>in fine</i> rapport <i>annexé</i>)</p>	<p>TITRE I^{ER}</p> <p>ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE</p> <p>Art. 1^{er}</p> <p>Sans modification (voir <i>in fine</i> rapport <i>annexé</i>)</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE 1^{ER} GÉNÉRALITÉS- DISPOSITIONS COMMUNES À TOUT OU PARTIE DES RÉGIMES DE BASE</p> <p>TITRE III DISPOSITIONS COMMUNES RELATIVES AU FINANCEMENT</p> <p>Section 1</p> <p>De la contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement</p>	<p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES ET AUX TRANSFERTS</p>	<p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES ET AUX TRANSFERTS</p> <p>Art. 2 A (<i>nouveau</i>)</p> <p>Après le I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un I <i>bis</i> ainsi rédigé :</p>	<p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES ET AUX TRANSFERTS</p> <p>Art. 2 A</p> <p>Sans modification</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE 1^{ER} GÉNÉRALITÉS- DISPOSITIONS COMMUNES À TOUT OU PARTIE DES RÉGIMES DE BASE</p> <p>TITRE III DISPOSITIONS COMMUNES RELATIVES AU FINANCEMENT</p> <p>Section 1</p> <p>De la contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement</p>	<p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES ET AUX TRANSFERTS</p>	<p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES ET AUX TRANSFERTS</p> <p>Art. 2 A (<i>nouveau</i>)</p> <p>Après le I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un I <i>bis</i> ainsi rédigé :</p> <p>« I <i>bis</i>. - La contribution est établie sur l'assiette correspondant aux cotisations forfaitaires applicables aux catégories de salariés ou assimilés visées par les arrêtés pris en application des articles L. 241-2 et L. 241-3 du</p>	<p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES ET AUX TRANSFERTS</p> <p>Art. 2 A</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>Art. 2</p> <p>I. - A. - La contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale assises sur les revenus d'activité tels que définis au I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, ainsi que sur les revenus visés aux 1°, 4°, 5° et 6° du II du même article perçus au cours d'un mois civil, font l'objet d'une réduction lorsque le total de ces revenus est inférieur à un plafond fixé à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 30 %. La réduction est calculée selon les modalités fixées au B ci-dessous.</p> <p>La réduction est également applicable aux revenus visés au 7° du II de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, les modalités d'application des dispositions de l'alinéa suivant pour ces revenus et pour le complément de rémunération à la charge de l'employeur étant fixées par décret.</p>	<p>—</p> <p>présent code et L. 741-13 du code rural, dans leur rédaction en vigueur à la date de publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. »</p> <p>Art. 2</p> <p>I. - A. - La ...</p> <p>... sociale, à l'exception de son deuxième alinéa, ainsi...</p> <p>... 5°, 5° bis et 6° du II ...</p> <p>... majoré de 40 %.</p> <p>La réduction...</p> <p>... dispositions de l'avant-dernier alinéa du présent A pour ces revenus ...</p> <p>... décret.</p> <p>La réduction est également applicable, selon des modalités fixées par décret, aux contributions dues par les personnes visées aux articles L. 721-1 et L. 771-1 du code du travail et L. 751-1 du code rural, qui relèvent d'un régime de salariés et dont la rémunération n'est pas déterminée en fonction du nombre d'heures de travail.</p>	<p>—</p> <p>Art. 2</p> <p><i>Supprimé</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<hr/>	<hr/> <p>Pour le calcul de la réduction applicable aux salariés dont le nombre d'heures rémunérées au cours du mois est inférieur à la durée collective du travail résultant d'une convention ou d'un accord collectif applicable dans l'entreprise ou l'établissement ou, à défaut, de la durée légale du travail, les revenus perçus sont, pour être convertis en équivalent temps plein, divisés par le rapport entre le nombre d'heures effectivement rémunérées au cours du mois et cette durée collective, calculée sur ce mois. Pour les salariés dont la rémunération n'est pas déterminée en fonction d'un nombre d'heures de travail, les modalités d'application des présentes dispositions sont fixées par décret.</p> <p>Pour les agents de l'Etat et de ses établissements publics, des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et les agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, travaillant à temps partiel ou non complet et non soumis à</p>	<hr/> <p>Dans les professions dans lesquelles le paiement des congés des salariés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de compensation prévues à l'article L. 223-16 du code du travail, la réduction n'est pas applicable aux contributions dues au titre de ces indemnités, sous réserve des dispositions du 3° du B du présent I.</p> <p>Pour ...</p> <p>... mois.</p> <p>Pour ...</p>	<hr/>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>une durée du travail résultant d'une convention collective, le rapport mentionné à l'alinéa précédent est égal à leur quotité de temps de travail. Un décret fixe les conditions d'application des dispositions du présent A aux agents ayant commencé ou cessé leur activité au cours du mois.</p> <p>B. - Pour les revenus perçus au cours de l'année 2001, le montant de la réduction est égal, dans les limites des contributions dues :</p> <p>a) Lorsque le montant des revenus, convertis le cas échéant en équivalent temps plein conformément aux dispositions du A ci-dessus, n'excède pas 169 fois le salaire minimum de croissance, au tiers du montant total dû au titre de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale ;</p> <p>b) Lorsque le montant des revenus est compris entre 169 fois le salaire minimum de croissance et le plafond mentionné au premier alinéa du A ci-dessus, au tiers de la somme dégressive obtenue en multipliant la différence entre ce plafond et les revenus, le cas échéant convertis en équivalent temps plein, par le taux de 25,33 % ; dans le cas où il est fait application des dispositions du troisième alinéa du A ci-dessus, la différence entre le plafond et les revenus ainsi corrigés est elle-même multipliée par ce rapport ; pour les revenus visés au deuxième alinéa du A ci-dessus, le taux de 25,33 %</p>	<p>... dispositions du présent alinéa aux ...</p> <p>... mois.</p> <p>B. - Pour ...</p> <p>... 2001, la réduction prévue au A est égale, dans les limites des contributions dues, au tiers du montant déterminé selon la formule suivante :</p> <p>19 % x (169 x salaire minimum de croissance majoré de 40 % - revenus)</p> <p>Pour le calcul de la réduction :</p> <p>1° Les revenus sont convertis le cas échéant en équivalent temps plein ;</p> <p>2° Pour les revenus visés au 7° du II de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, le taux de 19 % est réduit à 16,75 % ;</p> <p>3° Dans les professions dans lesquelles le paiement des congés des salariés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de compensation prévues à l'article L. 223-16 du code du travail, la réduction est majorée de 10 % dans la limite des contributions dues ;</p> <p>4° Lorsqu'il est fait application des dispositions de l'avant-dernier alinéa du A du présent I, la différence entre 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 40 % et les revenus ainsi corrigés est elle-même</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>est réduit à 22,33 %.</p> <p>C. - Pour les salariés visés à l'article L. 772-2 du code du travail, la réduction peut être calculée sur une base horaire forfaitaire dans des conditions fixées par décret.</p> <p>II. - A. - La contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale assises sur les revenus professionnels tels que déterminés par l'application des articles L. 136-3 et L. 136-4 du code de la sécurité sociale font l'objet d'une réduction lorsque ces revenus retenus au titre de la période servant de référence pour le calcul desdites contributions sont inférieurs à un plafond fixé à 2 028 fois le salaire minimum de croissance au cours de l'année civile considérée, majoré de 30 %. La réduction est calculée selon les modalités fixées au B ci-dessous.</p> <p>Lorsque la durée de l'activité donnant lieu à assujettissement à la contribution visée à l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale est inférieure à l'année civile, les revenus considérés sont, pour être rapportés à l'année entière,</p>	<p>multipliée par le rapport mentionné à cet alinéa.</p> <p>C. - Pour l'article L. 772-1 du code du ...</p> <p>... décret.</p> <p>Pour les catégories de salariés visées au I <i>bis</i> de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, la réduction peut être calculée selon des modalités et des taux fixés par décret lorsque l'assiette forfaitaire qui leur est applicable n'excède pas les limites fixées au A du présent I.</p> <p>II. - A. - La ...</p> <p>... majoré de 40 %.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>divisés par le rapport entre le nombre de jours d'activité et le nombre de jours de l'année.</p> <p>B. - Pour les revenus professionnels soumis aux contributions dues au titre de l'année 2001, le montant de la réduction est égal, dans les limites des contributions dues :</p> <p>a) Lorsque le montant des revenus mentionnés au A ci-dessus n'excède pas 2 028 fois le salaire minimum de croissance, le cas échéant converti en équivalent temps plein, au tiers du montant total dû au titre de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale ;</p> <p>b) Lorsque le montant des revenus mentionnés au A ci-dessus est compris entre 2 028 fois le salaire minimum de croissance et le plafond mentionné à ce même A, au tiers de la somme dégressive obtenue en multipliant la différence entre ce plafond et lesdits revenus, le cas échéant converti en équivalent temps plein, multiplié par le taux de 26,67 % ;</p> <p>c) Lorsqu'il est fait application des dispositions du deuxième alinéa du A ci-dessus, le montant de la réduction est proratisé par l'application du rapport mentionné audit alinéa.</p> <p>C. - En cas d'exercice simultané, soit d'une ou plusieurs activités salariées et</p>	<p>B. - Pour ...</p> <p>... 2001, la réduction prévue au A est égale, dans les limites des contributions dues, au tiers du montant déterminé selon la formule suivante :</p> <p>20 % x (2 028 x salaire minimum de croissance majoré de 40 % - revenus)</p> <p>Pour le calcul de la réduction :</p> <p>1° Lorsque le revenu est inférieur à un montant égal à 2028 fois le salaire minimum de croissance, la réduction est calculée sur la base de ce montant et proratisée par l'application du rapport entre le revenu et ce montant ;</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>2° Lorsqu'il ...</p> <p>... A du présent II, le montant ...</p> <p>... mentionné à cet alinéa.</p> <p>C. - En ...</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996</p> <p>CHAPITRE II Des contributions pour le remboursement de la dette sociale</p> <p>Art. 14. - I. - Il est institué une contribution sur les revenus d'activité et de remplacement mentionnés aux articles L. 136-2 à L. 136-4 du code de la sécurité sociale, à l'exception des revenus de source étrangère visés au 1° du III de l'article 15 ci-après, perçus du 1er février 1996 au 31 janvier 2014 par les personnes physiques désignées à l'article L. 136-1 du même</p>	<p>d'une ou plusieurs activités non salariées, soit de plusieurs activités non salariées, relevant de catégories différentes au regard de l'impôt sur le revenu, les dispositions des A et B ci-dessus s'appliquent en prenant compte l'ensemble des revenus perçus ou acquis, selon les modalités fixées par décret.</p> <p>D. - Pour l'application du présent II, le salaire minimum de croissance pris en compte est égal à la valeur annuelle moyenne du salaire minimum de croissance en vigueur au cours de l'année civile.</p> <p>III. - Pour les revenus mentionnés au I et perçus au cours de l'année 2002 et les revenus mentionnés au II soumis aux contributions dues au titre de l'année 2002, les mots : « au tiers » sont remplacés, dans le B des I et II, par les mots : « aux deux tiers ».</p>	<p>... et B du présent II s'appliquent en prenant en compte l'ensemble des revenus soumis aux contributions, selon des modalités fixées par décret.</p> <p>D. - Non modifié</p> <p>III. - <i>Supprimé</i></p>	<p>Art. 3</p> <p>Sans modification</p>
<p>Art. 3</p> <p>I. - L'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :</p> <p>a) Au I, après les mots : « à l'exception des revenus de source étrangère visés au 1° du III de l'article 15 ci-après », sont insérés les mots : « et des pensions de retraite et d'invalidité perçues par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente</p>	<p>Art. 3</p> <p>L'article ...</p> <p>... modifié :</p> <p>1° Le deuxième alinéa</p>	<p>Art. 3</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>code.</p> <p>Cette contribution est assise sur les revenus visés et dans les conditions prévues aux articles L 136-2 à L 136-4 du code de la sécurité sociale.</p> <p>.....</p> <p>L'allocation de veuvage visée à l'article L 356-1 du code de la sécurité sociale et aux articles 1031-1 et 1142-26 du code rural n'est pas soumise à la contribution.</p> <p>II. - Lorsqu'ils n'entrent pas dans le champ d'application du I, sont également soumis à la contribution dans les mêmes conditions et selon les mêmes modalités :</p> <p>1° Les contributions prévues au cinquième alinéa de l'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale et au cinquième alinéa de l'article 1031 du code rural, à l'exception de celles versées aux institutions mettant en oeuvre les régimes de retraite complémentaire mentionnés au chapitre Ier du titre II du livre IX du code de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ainsi que toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail ;</p>	<p>est inférieure au montant mentionné au 1 <i>bis</i> de l'article 1657 du code général des impôts » ;</p>	<p>du I est ainsi rédigé :</p> <p>« Cette contribution est assise sur les revenus visés et dans les conditions prévues aux articles L. 136-2 à L. 136-4 et au III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. » ;</p> <p>2° Le dernier alinéa du I et les 1° à 6° du II sont abrogés ;</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>3° L'allocation visée à l'article 15 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 modifiée relative à la famille ;</p>	<p>b) Le 5° du II est abrogé.</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	
<p>4° Les revenus de remplacement et allocations mentionnés à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception des allocations prévues aux articles L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail ;</p>			
<p>5° Les pensions de retraite et d'invalidité, à l'exception de celles versées à des personnes titulaires d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité non contributif attribué par un régime de base de sécurité sociale sous conditions de ressources ou par le service visé à l'article L. 814-5 du code de la sécurité sociale et de celles mentionnées aux 4°, 12°, 14° et 14° bis de l'article 81 du code général des impôts ;</p>			
<p>6° Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères servies aux victimes d'accident du travail ou de maladies professionnelles, ou à leurs ayants droit ;</p>			
<p>..... III. - La contribution due sur les prestations visées aux 6°, 7°, 8° et 9° du II est précomptée par l'organisme débiteur dans les conditions prévues aux articles L 243-2 du code de la sécurité sociale et 1031 du code rural.</p>		<p>3° Dans la première phrase du premier alinéa du III, la référence : « 6° » est supprimée.</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996</p>			
<p>Art 4. -</p>			
<p>..... IV - La caisse verse chaque année au budget général de l'Etat, de l'année 1996 à l'année 2008, une somme de 12,5 milliards de francs.</p>			<p><i>Art. add. après l'art. 3</i></p>
			<p><i>I. - Toute mesure d'exonération de la contribution pour le remboursement de la dette sociale fait l'objet d'une compensation à due concurrence par le budget de l'Etat.</i></p>
			<p><i>Cette compensation s'impute sur le versement de la recette mentionnée au IV de l'article 4 de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996.</i></p>
			<p><i>II. - La perte de recettes, pour l'Etat, résultant du I est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits sur les tabacs visés à l'article 575 et 575 A du code général des impôts.</i></p>
<p>Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999</p>			
<p>Art. 41. -</p>			
<p>..... V. - Le salarié qui est admis au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité présente sa démission à son employeur. Le contrat de travail cesse de s'exécuter dans les conditions prévues à l'article L. 122-6 du code du travail. Cette rupture du contrat de travail à l'initiative du salarié ouvre droit, au bénéfice du salarié, au versement par l'employeur d'une indemnité de cessation d'activité d'un montant égal à celui de l'indemnité de départ en retraite prévue par le premier alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail et calculée sur la base de l'ancienneté acquise au moment de la rupture du contrat de travail, sans</p>		<p>Art. 3 bis (nouveau)</p>	<p>Art. 3 bis</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>préjudice de l'application de dispositions plus favorables prévues en matière d'indemnité de départ à la retraite par une convention ou un accord collectif de travail ou par le contrat de travail.</p>		<p>I. - Le V de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>		<p>« Cette indemnité de cessation d'activité est exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale. »</p>	
<p>Art. L. 136-2. - III. - Ne sont pas inclus dans l'assiette de la contribution (<i>contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement</i>) :</p>		<p>II. - Le III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>.....</p>		<p>« 7° L'indemnité de cessation d'activité visée au V de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998). »</p>	
<p>Art. L. 136-6. -</p>		<p><i>Art. 3 ter (nouveau)</i></p>	<p><i>Art. 3 ter</i></p>
<p>III. - La contribution portant sur les revenus mentionnés aux I et II ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu.</p>		<p>I. - Le premier alinéa du III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>	<p>I. - Non modifié</p>
<p>.....</p>		<p>« Le produit de cette contribution est versé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sans déduction d'une retenue pour frais d'assiette et de perception. »</p>	
<p>CHAPITRE 3 Recouvrement des cotisations</p>		<p>II. - Les article L. 133-1 et L. 135-5 du code de la sécurité sociale, le III de l'article 1647 du code général des impôts et l'article 8 de</p>	<p>II. - <i>Supprimé</i></p>
<p>Art. L. 133-1. - Lorsque le recouvrement est assuré par le Trésor comme en matière de contributions directes, il est effectué sur les</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>cotisations recouvrées au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2, un prélèvement pour frais de perception dont le taux et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté ministériel.</p>		<p>l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée sont abrogés.</p>	
<p>La procédure de recouvrement prévue au présent article ne peut être mise en oeuvre que dans le délai mentionné à l'article L. 244-11.</p>			
<p>CHAPITRE 5 Fonds de solidarité vieillesse SECTION 1 Opérations de solidarité</p>			
<p>Art. L. 135-5. - Les frais d'assiette et de recouvrement des impôts, droits, taxes et contributions mentionnés à l'article L. 135-3 sont à la charge du fonds en proportion du produit qui lui est affecté ; leur montant est fixé par arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.</p>			
<p>Code général des impôts</p>			
<p>Art. 1647. - III. - Pour frais de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale. Le taux de ce prélèvement et les modalités de</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'économie et des finances.</p>			
<p>Ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996</p>			
<p>Art. 8. - Les frais d'assiette et de recouvrement des contributions pour le remboursement de la dette sociale sont à la charge de la caisse. Le montant du prélèvement correspondant est fixé par arrêté du ministre chargé de l'économie et des finances et du ministre chargé de la sécurité sociale.</p>			
		<p>III. - La taxe sur la valeur ajoutée est majorée à due concurrence.</p>	<p>III. - Non modifié</p>
	<p>Art. 4</p>	<p>Art. 4</p>	<p>Art. 4</p>
	<p>I. - Au titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, après l'article L. 131-7-1, il est inséré un chapitre I^{er} <i>quater</i> ainsi rédigé :</p>	<p>I. - Après l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 136-9 ainsi rédigé :</p>	
	<p>« <i>CHAPITRE I^{er} QUATER</i></p>		
	<p>« <i>Compensation par l'Etat de la réduction de certaines impositions affectées à la sécurité sociale</i></p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p><i>Supprimé</i></p>
	<p>« Art. L. 131-7-2. - La diminution de ressources résultant de la diminution de la contribution sociale généralisée prévue par l'article 2 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2001 est compensée intégralement chaque année par l'Etat aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale et aux organismes créés pour concourir à leur</p>	<p>« Art. L. 136-9. - La diminution de la réduction de la contribution sociale généralisée prévue à l'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° du) est financement, dans les conditions fixées par la loi</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 114-1. -</p> <p>Elle prend, en outre, connaissance des comptes des régimes complémentaires de retraite rendus obligatoires par la loi, ainsi que d'un bilan relatif aux relations financières entretenues par le régime général de la sécurité sociale avec l'Etat et tous autres institutions et organismes. Elle inclut, chaque année, dans un de ses rapports, un bilan de l'application des dispositions de l'article L. 131-7.</p> <p>Art. L. 241-1. - Les ressources des gestions mentionnées à l'article L. 221-1 du présent code sont constituées, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, par des cotisations proportionnelles aux rémunérations ou gains perçus par les assurés, par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1, et par ce produit visé à l'article L. 213-1 du code des assurances.</p> <p>Art. L. 241-6. - Les charges de prestations familiales et des aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants sont couvertes par des cotisations, ressources et contributions centralisées par la caisse nationale des allocations familiales qui suit l'exécution de toutes les dépenses.</p> <p>Les cotisations et</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>financement. »</p> <p style="text-align: center;">II. - A l'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 136-7-1, », sont insérés les mots : « par une fraction des sommes allouées en application de l'article L. 131-7-2, ».</p> <p style="text-align: center;">III. - A l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale, après le 5°, il</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>de financement de la sécurité sociale et la loi de finances. »</p> <p style="text-align: center;">I <i>bis</i> (nouveau). - Le deuxième alinéa de l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « et de l'article L. 136-9 ».</p> <p style="text-align: center;">II. - A l'article ...</p> <p style="text-align: center;">... l'article L. 136-9, ».</p> <p style="text-align: center;">III. - A ...</p> <p style="text-align: center;">... sociale, il est rétabli</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
ressources mentionnées à l'alinéa précédent comprennent :	est inséré un 6° ainsi rédigé : « 6° Une fraction des sommes allouées en application de l'article L. 131-7-2. »	un 6° ainsi rédigé : « 6° Une article L. 136-9. »	
Art. L. 135-3. - Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 sont constituées par :	IV. - Après le 4° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5° ainsi rédigé : « 5° Une fraction des sommes allouées en application de l'article L. 131-7-2. »	IV. - Alinéa sans modification « 5° Une article L. 136-9 ; ».	
	V. - Dans les conditions fixées par la loi de finances pour 2001 (n° du), et en application de l'article L. 131-7-2 du code de la sécurité sociale, l'Etat verse une fraction du produit de la taxe sur les conventions d'assurances prévue par l'article 991 du code général des impôts. Cette fraction, d'un montant égal à celui de la diminution de ressources résultant de la diminution de la contribution sociale généralisée prévu par l'article 2 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2001, est ainsi réparti : - 18,5 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ; - 3,9 % à la Caisse nationale des allocations familiales ; - 4,1 % au Fonds de solidarité vieillesse.	V. - Dans les conditions fixées par l'article 17 de la loi de finances pour 2001 (n° du), et en application de l'article L. 136-9 du code de la sécurité sociale, une fraction du produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances visée à l'article 991 du code général des impôts est ainsi répartie : - 20,8 % à la salariés ; - 4,4 % à la familiales ; - 4,6 % au fonds visé à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale.	
	VI. - Les dispositions du présent article s'appliquent au produit de la taxe sur les	VI. - Non modifié	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 213-1. - Des unions de recouvrement assurent :</p> <p>.....</p>	<p>conventions d'assurance perçue à compter du 1^{er} janvier 2001.</p>	<p>Art. 4 bis (nouveau)</p> <p>I. - L'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« En matière de contrôle, une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences dans des conditions fixées par décret. »</p>	<p>Art. 4 bis</p> <p>Sans modification</p>
<p>Code rural</p>	<p>Art. 5</p> <p>I. - Le premier alinéa de l'article L. 731-15 du code rural est ainsi rédigé :</p> <p>« Les revenus professionnels pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues. »</p>	<p>Art. 5</p> <p>I. - Non modifié</p>	<p>Art. 5</p> <p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 731-15. - Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole soumis à un régime forfaitaire d'imposition, les revenus professionnels pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à l'année précédant celle au titre de laquelle les cotisations sont dues. Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole soumis à un régime</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>réel ou transitoire d'imposition, les revenus professionnels pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues.</p>	<p>II. - L'article L. 731-19 du code rural est ainsi rédigé :</p>	<p>II. - Non modifié</p>	
<p>Art. L. 731-19. - Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 731-15, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole soumis à un régime forfaitaire d'imposition peuvent, dans les conditions fixées par décret, opter pour une assiette de cotisations constituée de leurs revenus professionnels tels que définis à l'article L. 731-14 et afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle les cotisations sont dues.</p>	<p>« Art. L. 731-19. - Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 731-15, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles peuvent, dans des conditions fixées par décret, opter pour une assiette de cotisations constituée de leurs revenus professionnels tels que définis à l'article L. 731-14 et afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle les cotisations sont dues. »</p>		
<p>Au cours de la première année où ladite option prend effet, l'assiette des cotisations est constituée par la moyenne des revenus professionnels tels que définis à l'article L. 731-14 et afférents aux deux années précédant celle au titre de laquelle les cotisations sont dues. Les dispositions du présent alinéa ne sont pas applicables aux chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui ont effectué l'option prévue au premier alinéa lors de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles.</p>	<p>III. - L'article L. 731-21 du code rural est ainsi rédigé :</p>	<p>III. - Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 731-21. - Un</p>	<p>« Art. L. 731-21. - Un</p>	<p>« Art. L. 731-21. -</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>décret détermine les conditions d'application des dispositions des articles L. 731-19 et L. 731-20, notamment le délai minimal dans lequel les chefs d'exploitation ou d'entreprise doivent formuler l'option mentionnée aux articles L. 731-19 et L. 731-20 préalablement à sa prise d'effet, la durée minimale de validité de celle-ci, les conditions de sa reconduction et de sa dénonciation.</p> <p>Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ayant dénoncé l'option ne peuvent ultérieurement demander l'application des dispositions prévues aux articles L. 731-19 et L. 731-20.</p>	<p>décret détermine les conditions d'application des dispositions de l'article L. 731-19, notamment le délai minimal dans lequel les chefs d'exploitation ou d'entreprise doivent formuler l'option mentionnée à l'article L. 731-19 préalablement à sa prise d'effet, la durée minimale de validité de celle-ci, les conditions de sa reconduction et de sa dénonciation.</p> <p>« Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles ayant dénoncé l'option ne peuvent ultérieurement demander l'application des dispositions prévues à l'article L. 731-19. »</p> <p>IV. - A titre transitoire, au titre de 2001, pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise ayant opté pour une assiette de cotisations sociales constituées par les revenus professionnels afférents à l'année au titre de laquelle ces cotisations sont dues, la régularisation des cotisations provisionnelles dues au titre de l'année 2000 est effectuée lorsque les revenus professionnels sont définitivement connus.</p> <p>V. - Jusqu'au 30 avril 2001, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles ayant exercé l'option prévue à l'article 13 de la loi n° 91-1407 du 31 décembre 1991 modifiant et complétant les dispositions du code rural et de la loi n° 90-85 du 23 janvier 1990 relatives aux cotisations sociales agricoles et créant un régime de préretraite agricole ou à</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>« Les ...</p> <p>... L. 731-19, avant un délai de six ans après cette dénonciation. »</p> <p>IV. - A titre ...</p> <p>... ayant exercé l'option, prévue à l'article 32 de la loi n° 94-114 du 10 février 1994 portant diverses dispositions concernant l'agriculture, pour une assiette ...</p> <p>... connus.</p> <p>V. - Les chefs ...</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 731-20. - Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 731-15, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole soumis à un régime réel ou transitoire d'imposition peuvent, dans des conditions fixées par décret, opter pour une assiette de cotisations constituée de leurs revenus professionnels tels que définis à l'article L. 731-14 et afférents à l'année au titre de laquelle les cotisations sont dues.</p> <p>Les cotisations sont calculées, chaque année, à titre provisionnel, en pourcentage du revenu professionnel de l'année précédente ; pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole qui ont effectué l'option mentionnée à l'alinéa précédent lors de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles ou lorsque la durée</p>	<p>l'article 35 de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social ou à l'article 32 de la loi n° 94-114 du 10 février 1994 portant diverses dispositions concernant l'agriculture doivent dénoncer ladite option à effet du 1^{er} janvier 2001. A défaut de cette dénonciation, l'assiette des cotisations est déterminée selon les modalités prévues à l'article L. 731-15 du code rural.</p> <p>Pour 2001, à titre exceptionnel, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles peuvent exercer l'option prévue à l'article L. 731-19 du code rural jusqu'au 30 avril 2001.</p>	<p>... 1994 précitée perdent le bénéfice de ladite option le 1^{er} janvier 2001. L'assiette de leurs cotisations est déterminée selon les modalités prévues à l'article L. 731-15 du code rural.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>VI (<i>nouveau</i>). - Les articles L. 731-20 et L. 731-22 du code rural sont abrogés à compter du 1^{er} janvier 2001.</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>d'assujettissement ne permet pas de déterminer ledit revenu professionnel, les cotisations sont calculées à titre provisionnel sur la base d'une assiette fixée forfaitairement dans des conditions déterminées par décret. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, la cotisation fait l'objet d'une régularisation.</p>			
<p>Par dérogation au précédent alinéa, les cotisations peuvent être calculées à titre provisionnel sur la base d'une assiette forfaitaire dès lors que les éléments d'appréciation sur l'importance des revenus professionnels des assurés au cours de l'année au titre de laquelle la cotisation est due établissent que ces revenus sont différents de l'assiette retenue en application de cet alinéa. Les modalités d'application du présent alinéa sont fixées par décret.</p>			
<p>Art. L. 731-22. - Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ayant dénoncé l'option prévue à l'article 13 de la loi n° 91-1407 du 31 décembre 1991 ou à l'article 35 de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 ne peuvent plus exercer les options mentionnées aux articles L. 731-19 et L. 731-20.</p>			
<p>Art. L. 731-23. - Les personnes qui dirigent une exploitation ou une entreprise agricole dont l'importance est inférieure à celle définie à l'article L. 722-5 et supérieure à un minimum fixé par décret</p>		<p>VII (nouveau). - L'article L.731-23 du code rural est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L.731-23. - Les personnes qui dirigent une exploitation ou une entreprise agricoles dont l'importance est inférieure à celle définie à l'article L.722-5 et supérieure à un minimum fixé par décret</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>ont à leur charge une cotisation de solidarité calculée en pourcentage de leurs revenus professionnels ou de l'assiette forfaitaire définis aux articles L. 731-14 à L. 731-22. Son taux est fixé par décret.</p>		<p>ont à leur charge une cotisation de solidarité calculée en pourcentage de leurs revenus professionnels définis à l'article L.731-14, afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la cotisation est due ou à défaut sur une assiette forfaitaire provisoire déterminée dans des conditions fixées par décret. Cette assiette forfaitaire est régularisée lorsque les revenus sont connus. Le taux de la cotisation est fixé par décret. »</p>	
<p>Art. L. 731-24. - Les associés de sociétés de personnes non affiliés au régime des personnes non salariées des professions agricoles et percevant des revenus professionnels tels que définis à l'article L. 731-14 ont à leur charge une cotisation de solidarité calculée en pourcentage de ces revenus. Le taux de la cotisation est déterminé par décret.</p>		<p>VIII (<i>nouveau</i>). - Dans la première phrase de l'article L. 731-24 du code rural, les mots : « ces revenus » sont remplacés par les mots : « leurs revenus professionnels afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la cotisation est due ».</p>	
<p>Art. L. 731-13. - Les jeunes agriculteurs bénéficient d'une exonération partielle des cotisations techniques et complémentaires d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation.</p>			
<p>Cette exonération est applicable pendant les trois années civiles qui suivent celle au cours de laquelle ils bénéficient des prestations d'assurance maladie du régime des personnes non-salariées agricoles et remplissent, en qualité de chef d'exploitation, des conditions, définies par</p>		<p>Art. 5 bis (<i>nouveau</i>)</p> <p>Au début de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 731-13 du code rural, le mot : « trois » est remplacé par le mot : « cinq ».</p>	<p>Art. 5 bis</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>décret, relatives à la taille économique maximale de leur exploitation. Pour bénéficier de l'exonération, ils doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus à la date de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles ; un décret détermine les dérogations qui peuvent être apportées à ces limites d'âge.</p>			
Code de la sécurité sociale	Art. 6	Art. 6	Art. 6
<p>Art. L. 136-4. - I. - Sont soumis à la contribution les revenus professionnels visés au paragraphe I de l'article 1003-12 du code rural.</p>	<p>I. - L'article L. 136-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Les deux premiers alinéas du I sont ainsi rédigés :</p> <p>« Sont soumis à la contribution les revenus professionnels visés à l'article L. 731-14 du code rural.</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>
<p>Les revenus pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due.</p>	<p>« Les revenus pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle la contribution est due. Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricoles a exercé l'option prévue au premier alinéa de l'article L. 731-19 du code rural, les revenus pris en compte sont constitués par les revenus afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due. » ;</p>	<p>« Les ...</p> <p>... prévue à l'article L. 731-19 ...</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Pour la détermination des revenus mentionnés au précédent alinéa, il n'est pas tenu compte des reports déficitaires ainsi que des amortissements réputés</p>	<p>2° La dernière phrase du troisième alinéa du I est supprimée ;</p>	<p>... est due. » ;</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>différés au sens du 2° du 1 de l'article 39 du code général des impôts, des plus-values et moins-values professionnelles à long terme et des modalités d'assiette mentionnées au IV de l'article 72 B et à l'article 75-0 B du code général des impôts. Les revenus sont majorés des déductions et abattements visés aux articles 44 quater, 44 <i>sexies</i>, 44 <i>septies</i>, 73 B, au 4 <i>bis</i> de l'article 158 ainsi qu'aux articles 238 <i>bis</i> HA à 238 <i>bis</i> HC du même code et des cotisations personnelles de sécurité sociale de l'exploitant, de son conjoint et des membres de sa famille. A titre transitoire et jusqu'à la date à laquelle l'assiette des cotisations de prestations familiales agricoles sera constituée par les revenus professionnels ou l'assiette forfaitaire visés à l'article 1003-12 du code rural, la cotisation personnelle de prestations familiales de l'exploitant agricole représente un pourcentage de 50 % de la cotisation fixée à l'article 1062 du code rural.</p>	<p>3° Le II est ainsi rédigé : « II. - Lorsque la durée d'assujettissement au régime de protection sociale des non salariés agricoles d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricoles ne permet pas de calculer la moyenne des revenus professionnels se rapportant aux trois années de référence prévues au premier alinéa de l'article L. 731-15 du code rural, l'assiette de la contribution est déterminée</p>	<p>Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p>
<p>Pour le calcul de la moyenne des revenus, les déficits sont retenus pour un montant nul.</p> <p>.....</p> <p>II. - Lorsque la durée d'assujettissement au régime de protection sociale des personnes non salariées des professions agricoles d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricole ne permet pas de calculer la moyenne des revenus professionnels se rapportant aux trois années de référence prévues au II de l'article 1003-12 du code rural, l'assiette de la</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale		Propositions de la Commission	
<p>contribution est déterminée forfaitairement dans les conditions suivantes :</p>	<p>forfaitairement à titre provisoire dans les conditions suivantes :</p>	Alinéa modification	sans	Alinéa modification	sans
<p><i>a.</i> Pour les deux années suivant celle au cours de laquelle a eu lieu l'assujettissement, l'assiette forfaitaire est fixée conformément aux dispositions des III, IV et V ci-dessous ;</p>	<p>« <i>a</i>) Pour la première année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette forfaitaire provisoire est fixée conformément aux dispositions des III, IV et V ci-dessous ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base des revenus professionnels afférents à la première année lorsque ceux-ci sont définitivement connus ;</p>	Alinéa modification	sans	Alinéa modification	sans
<p><i>b.</i> Pour la troisième année suivant celle de l'assujettissement, l'assiette est égale à la somme des deux tiers de l'assiette prévue au a et du tiers des revenus professionnels de l'avant-dernière année précédente ;</p>	<p>« <i>b</i>) Pour la deuxième année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette est égale à la somme de la moitié de l'assiette forfaitaire prévue au <i>a</i>) et de la moitié des revenus professionnels de l'année précédente ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base de la moyenne des revenus afférents à la première et à la deuxième année lorsque ceux-ci sont définitivement connus ;</p>	Alinéa modification	sans	Alinéa modification	sans
<p><i>c.</i> Pour la quatrième année suivant celle de l'assujettissement, l'assiette est égale au tiers de la somme de l'assiette prévue au a et des revenus professionnels des deux années antérieures à l'année précédente.</p>	<p>« <i>c</i>) Pour la troisième année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette est égale au tiers de la somme de l'assiette forfaitaire prévue au <i>a</i>) et des revenus professionnels des deux années précédentes ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base de la moyenne des revenus afférents aux trois premières années lorsque ceux-ci sont définitivement connus.</p>	Alinéa modification	sans	Alinéa modification	sans
	<p>« Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricoles a opté pour l'assiette prévue à l'article L. 731-19 du code rural, pour la première année au titre de laquelle la contribution est due, celle-ci est calculée à titre provisoire sur la base de l'assiette forfaitaire fixée conformément</p>	Alinéa modification	sans	Alinéa modification	sans

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale		Propositions de la Commission	
<p>III. - Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole dont l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation prévue à l'article 188-4 du code rural, l'assiette forfaitaire prévue au a du II est égale :</p> <p><i>a.</i> A 800 fois le montant du salaire minimum de croissance si l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise est au plus égale à la moitié de la surface minimum d'installation ;</p> <p><i>b.</i> Au montant de l'assiette prévue au a pour la moitié de la surface minimum d'installation, augmenté d'un montant proportionnel à la superficie appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation excédant ce seuil, de telle sorte qu'une assiette égale à 2 028 fois le montant du salaire minimum de croissance corresponde au double de la surface minimum</p>	<p>aux dispositions des III, IV et V ci-dessous. Cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base des revenus professionnels afférents à la première année lorsque ceux-ci sont définitivement connus.</p> <p>« Par dérogation aux dispositions ci-dessus du présent II, pour les personnes mentionnées au deuxième et au troisième alinéas de l'article L. 731-16 du code rural, l'assiette de la contribution est déterminée selon les modalités des deuxième, troisième et quatrième alinéas du même l'article. » ;</p> <p>4° Le III est ainsi rédigé :</p> <p>« III. - Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles dont l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation prévue à l'article L. 312-6 du code rural, l'assiette forfaitaire prévue au a du II est égale au produit de ce pourcentage par le tiers de 2028 fois le montant du salaire minimum de croissance, sans que l'assiette puisse être inférieure à 800 fois le montant du salaire minimum de croissance ou supérieure à 2 028 fois le montant du salaire minimum de croissance. » ;</p>	Alinéa modification	sans	Alinéa modification	sans
		Alinéa modification	sans	Alinéa modification	sans
		Alinéa modification	sans	Alinéa modification	sans

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale		Propositions de la Commission	
<p>d'installation, si l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise est comprise entre la moitié et le double de la surface minimum d'installation ;</p>					
<p>c. A 2 028 fois le montant du salaire minimum de croissance si l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise est au moins égale au double de la surface minimum d'installation.</p>					
<p>IV. - Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole dont l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise ne peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation, l'assiette forfaitaire prévue au a du II est égale à 2 028 fois le montant du salaire minimum de croissance.</p>	<p>5° Le IV est ainsi rédigé : « IV. - Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles dont l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise ne peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation, l'assiette forfaitaire prévue au a du II est égale à 1 000 fois le montant du salaire minimum de croissance.</p>	<p>Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p>	<p>sans sans</p>	<p>sans sans</p>
	<p>« Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles qui débutent simultanément deux activités agricoles non salariées dont l'une ne peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation, à l'élément d'assiette déterminé au III s'ajoute, au titre de la seconde activité, 800 fois le montant du salaire minimum de croissance, sans que le montant total de l'assiette puisse être supérieur à 2 028 fois le salaire minimum de croissance. » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>sans</p>	<p>sans</p>
<p>V. - Pour l'application des III et IV, le salaire minimum de croissance à prendre en considération est celui en vigueur au 1^{er} janvier</p>	<p>6° Le V est ainsi rédigé : « V. - Pour l'application des III et IV, le salaire minimum de croissance à prendre en considération est celui en vigueur au 1^{er} janvier</p>	<p>Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p>	<p>sans sans</p>	<p>sans sans</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale		Propositions de la Commission	
de l'année au cours de laquelle a eu lieu l'assujettissement.	de l'année au titre de laquelle la contribution est due. « Pour l'application du III, l'importance de l'exploitation ainsi que la valeur de la surface minimum d'installation sont appréciées au 1 ^{er} janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due. » ;	Alinéa modification	sans	Alinéa modification	sans
	7° Il est inséré, après le VI, un VII ainsi rédigé :	Alinéa modification	sans	Alinéa modification	sans
	« VII - Sont soumis à la contribution les revenus professionnels, définis à l'article L. 731-14 du code rural, des personnes redevables des cotisations de solidarité visées aux articles L. 731-23 et L. 731-24 du même code.	Alinéa modification	sans	Alinéa modification	sans
	« Les revenus pris en compte sont ceux afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due.	Alinéa modification	sans	Alinéa modification	sans
	« Les revenus sont majorés des cotisations de solidarité visées aux articles L. 731-23 et L. 731-24 du code rural.	Alinéa modification	sans	Alinéa modification	sans
Code rural	« Pour les personnes redevables de la cotisation de solidarité définie à l'article L. 731-23, lorsque les revenus professionnels ne sont pas connus, la contribution est calculée sur une assiette forfaitaire provisoire définie dans des conditions fixées par décret. Cette assiette forfaitaire est régularisée lorsque les revenus sont connus. »	Alinéa modification	sans	« Pour ...	
Art. L. 312-6. - La surface minimum d'installation est fixée dans le schéma directeur départemental des structures agricoles pour chaque région naturelle du département et chaque nature de culture. Elle est révisée périodiquement.				... provisoire. Lorsque l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise agricoles peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation prévue à l'article L. 312-6 du code rural, cette assiette forfaitaire est égale au produit de ce pourcentage par le tiers de 2028 fois le montant du salaire minimum de croissance. Dans le cas	
La surface minimum d'installation en polyculture-élevage ne peut être inférieure de plus de 30 % à la surface minimum d'installation nationale, sauf dans les zones de montagne ou défavorisées où la limite inférieure peut atteindre 50 %; la surface minimum d'installation					

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>nationale est fixée tous les cinq ans par décision du ministre de l'agriculture.</p>			<p><i>contraire, elle est égale à 200 fois le montant du salaire minimum de croissance.</i></p>
<p>Pour les productions hors sol, une décision du ministre de l'agriculture fixe les coefficients d'équivalence applicables uniformément à l'ensemble du territoire sur la base de la surface minimum d'installation nationale prévue à l'alinéa précédent.</p>			<p>« Cette assiette forfaitaire est régularisée lorsque les revenus sont connus. »</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>II. - Le II de l'article L. 136-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>	<p>II. - Non modifié</p>	<p>II. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 136-5. -</p>	<p>« II. - La contribution due sur les revenus des personnes assujetties aux régimes de la sécurité sociale des salariés et non salariés des professions agricoles est directement recouvrée et contrôlée par les caisses de mutualité sociale agricole dans les conditions prévues par les décrets n° 50-1225 du 21 septembre 1950, n° 76-1282 du 29 décembre 1976, n° 80-480 du 27 juin 1980 et n° 84-936 du 22 octobre 1984 dans leur rédaction publiée à la date de la publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale.</p>		
<p>Art. L. 651-2-1. - Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité, minoré des frais de recouvrement et</p>			<p><i>Art. add. avant l'art.7</i></p> <p><i>I. - L'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé:</i></p> <p><i>« Art. L. 651-2-1. - Au titre de chaque exercice, le produit de la contribution sociale de solidarité, minoré des frais de recouvrement, est</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>abondé du solde éventuel de l'exercice précédent, est réparti entre le régime d'assurance maladie-maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et les régimes d'assurance vieillesse des professions mentionnées aux 1° et 2° de l'article L. 621-3, au prorata et dans la limite de leurs déficits comptables, compte non tenu des subventions de l'Etat ni des montants de contribution sociale de solidarité attribués au titre des exercices antérieurs ou à titre d'acomptes provisionnels.</p> <p>Le cas échéant, le solde du produit de la contribution résultant de l'application des dispositions de l'alinéa précédent est versé au Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1.</p> <p>Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe les montants de contribution sociale de solidarité ainsi répartis entre les régimes bénéficiaires et le Fonds de solidarité vieillesse. Cette répartition peut faire l'objet d'acomptes provisionnels.</p> <p>Art. L. 135-6. - Les recettes du fonds affectées aux missions définies au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 sont constituées par :</p> <p>1° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;</p> <p>.....</p>			<p><i>réparti de la manière suivante :</i></p> <p><i>« - 35 % pour le régime d'assurance maladie maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles ;</i></p> <p><i>« - 30 % pour le régime d'assurance vieillesse des professions mentionnées au 2° de l'article L. 621-2 ;</i></p> <p><i>« - 15 % pour le régime d'assurance vieillesse des professions mentionnées au 1° de l'article L. 621-2 ;</i></p> <p><i>« - 20 % pour le Fonds mentionné à l'article L. 135-6.</i></p> <p><i>« Des acomptes provisionnels sont versés aux régimes et à l'organisme bénéficiaires. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget procède à une régularisation dans les trois premiers mois de l'année suivant l'exercice. »</i></p> <p><i>II. - Le 1° de l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« 1° Une fraction de la contribution sociale de solidarité des sociétés dans les conditions fixées par l'article L. 651-2-1 ; ».</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 651-7. - Les sociétés et entreprises assujetties à la contribution sociale de solidarité sont soumises aux dispositions des articles L. 133-1, L. 133-3 et L. 243-3, du premier alinéa de l'article L. 243-6, de l'article L. 243-14, des articles L. 244-1 à L. 244-5, L. 244-7, L. 244-9 et L. 244-11 à L. 244-14.</p> <p>Art. L. 651-6. - Le paiement de la contribution sociale de solidarité est garanti par un privilège sur les biens, meubles et immeubles du débiteur dans les conditions prévues par les articles L. 243-4 et L. 243-5 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>Art. 7</p> <p>I. - A. - A l'article L. 651-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « L. 133-3 et L. 243-3, du premier alinéa de l'article L. 243-6, des articles » sont supprimés.</p> <p>B. - L'article L. 651-6 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Les dispositions de l'article L. 243-3 et du premier alinéa de l'article L. 243-6 sont applicables à la contribution sociale de solidarité. »</p> <p>II. - Pour l'application de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale et jusqu'à 2001 inclus, les déficits pris en compte sont établis sur la base des dépenses réalisées et des recettes encaissées au cours de l'exercice considéré.</p>	<p>Art. 7</p> <p>I. - A. - Dans l'article L. 651-7 les mots : « et L. 243-3, du premier alinéa de l'article L. 243-6, de l'article L. 243-14, des articles » sont remplacés par les mots : « ,L. 243-14, ».</p> <p>B. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>II. - Non modifié</p>	<p>Art. 7</p> <p>I. - Non modifié</p> <p>II. - <i>Supprimé</i></p>
<p>Art. L. 241-13-1. -</p> <p>Dans les professions dans lesquelles le paiement des congés des salariés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de compensation prévues à l'article L. 223-16 du code du travail, les modalités selon lesquelles les employeurs régulièrement affiliés à ces caisses peuvent</p>	<p>Art. 8</p>	<p>Art. 8</p>	<p>Art. 8</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>bénéficiaire de la réduction visée au premier alinéa au titre de ces indemnités sont déterminées, compte tenu des adaptations nécessaires, par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>I. - Le quatrième alinéa de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« La réduction prévue au présent article doit s'entendre comme n'étant pas applicable aux cotisations dues au titre de ces indemnités par lesdites caisses de compensation. »</p> <p>II. - Sous réserve des décisions juridictionnelles passées en force de chose jugée, sont validées les décisions des organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en tant que leur légalité serait contestée au motif que la réduction prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux cotisations dues au titre des indemnités de congés payés mutualisées entre les employeurs affiliés aux caisses de compensation prévues à l'article L. 223-16 du code du travail et versées par ces caisses.</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Loi n° 2000-37 du 19 Janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail</p>	<p>Art. 9</p>	<p>Art. 9</p>	<p>Art. 9</p>
<p>Art. 19. - I. - Les entreprises qui appliquent un accord collectif fixant la durée collective du travail au plus soit à trente-cinq heures hebdomadaires, soit à 1 600 heures sur l'année et s'engagent dans ce cadre à créer ou à préserver des emplois bénéficient d'un allègement de cotisations sociales défini à l'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>I. - Au I de l'article 19 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, après les mots : « soit à 1 600 heures sur l'année », sont insérés les mots : « ou à la durée considérée comme équivalente en application de dispositions réglementaires ou conventionnelles ».</p>	<p>I. - Au I...</p>	<p><i>Supprimé</i></p>
<p>..... Art. 19. -</p>		<p>... application du dernier alinéa de l'article L. 212-4 du code du travail».</p> <p>I bis (nouveau). - Le</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>..... IX. - Bénéficient également de l'allègement dans les conditions prévues au XI :</p>		<p>IX de l'article 19 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 précitée est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>II. - L'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p>	
<p>..... Le montant de cet allègement est calculé chaque mois civil, pour chaque salarié, en fonction décroissante de la rémunération et dans la limite d'un minimum, selon un barème déterminé par décret.</p>	<p>1° Le quatrième alinéa du III est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>.....</p>	<p>« Pour ceux des salariés de ces entreprises qui sont soumis à des dispositions spécifiques en matière de durée maximale du travail et sous réserve du respect de ces conditions, le calcul de l'allègement peut être adapté pour tenir compte de la rémunération mensuelle minimale, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;</p>	<p>« Pour de ces dispositions, le calcul ...</p>	
<p>.....</p>	<p>2° Le IV est ainsi modifié :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>IV. - L'allégement auquel ouvrent droit les salariés est calculé au prorata du nombre d'heures rémunérées rapporté à la durée collective du travail applicable dans l'entreprise calculée sur le mois. Si la durée collective du travail est inférieure ou égale à trente-deux heures hebdomadaires, le nombre d'heures rémunérées est rapporté à la durée mensuelle correspondant à la durée hebdomadaire de trente-deux heures.</p> <p>Les salariés dont la durée stipulée au contrat de travail est inférieure à la moitié de la durée collective du travail applicable n'ouvrent pas droit à l'allégement. Ces dispositions ne sont pas applicables aux salariés recrutés dans le cadre de contrats, dont la liste est fixée par décret, conclus afin de favoriser l'insertion professionnelle de personnes rencontrant des difficultés d'accès à l'emploi.</p>	<p>a) A la première phrase du premier alinéa, après les mots : « à la durée collective du travail applicable dans l'entreprise », sont insérés les mots : « ou à la durée prise en compte pour l'application du quatrième alinéa du III » ;</p> <p>b) A la première phrase du deuxième alinéa, après les mots : « à la durée collective du travail applicable », sont insérés les mots : « ou à la durée prise en compte pour l'application du quatrième alinéa du III ».</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>b) A la... ... mots : « ou à la moitié de la durée du III ».</p>	
<p>Loi n° 98-461 du 13 juin 1998</p>	<p>III. - Au deuxième alinéa du I de l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail, les mots : « au niveau de la durée légale fixée par l'article L. 212-1 <i>bis</i> du code du travail » sont remplacés par les mots : « au niveau de la durée légale fixée par l'article L. 212-1 du code du travail ou de la durée considérée comme équivalente en application de dispositions réglementaires ou conventionnelles ».</p>	<p>III. - Au application du dernier alinéa de l'article L. 212-4 du code du travail ou de dispositions réglementaires</p>	
<p>Art. 3. - La réduction du temps de travail doit être d'au moins 10 % de la durée initiale et porter le nouvel horaire collectif au plus au niveau de la durée légale fixée par l'article L. 212-1 bis du code du travail. L'ampleur de la réduction est appréciée à partir d'un mode constant de décompte des éléments de l'horaire collectif. Dans les entreprises dont l'effectif est inférieur ou égal à vingt salariés, la réduction peut être organisée en trois étapes au</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>maximum, sous réserve de porter l'horaire de travail au maximum de la durée légale fixée par l'article L. 212-1 du code du travail au plus tard le 1er janvier 2002.</p> <p>.....</p>		<p>ou conventionnelles antérieures à l'entrée en vigueur de la loi n°2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail ».</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>Art. 10</p>	<p>Art. 10</p>	<p>Art. 10</p>
<p>Art. L. 131-9. - Les dépenses du fonds sont constituées :</p> <p>1° Par le versement, aux régimes de sécurité sociale concernés, des montants correspondant :</p> <p>.....</p>	<p>I. - L'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au 1°, sont insérés un <i>d</i> et un <i>e</i> ainsi rédigés :</p> <p>« <i>d</i>) A la prise en charge de l'exonération visée aux articles L. 241-6-2 et L. 241-6-4 du présent code, et L. 741-5 et L. 741-6 du code rural ;</p> <p>« <i>e</i>) A la prise en charge de l'incitation à la réduction collective du temps de travail prévue aux articles 39 et 39-1 de la loi n° 93-1313 du 20 décembre 1993 quinquennale relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle. » ;</p> <p>2° Au deuxième alinéa du 2°, les mots : « aux <i>a</i>, <i>b</i> et <i>c</i> » sont remplacés par les mots : « aux <i>a</i>, <i>b</i>, <i>c</i>, <i>d</i> et <i>e</i> ».</p> <p>II. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2001.</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Supprimé</p>
<p>Les versements mentionnés aux <i>a</i>, <i>b</i> et <i>c</i> du 1° ci-dessus se substituent à la compensation par le budget de l'Etat prévue à l'article L. 131-7 sous réserve que cette compensation soit intégrale. Dans le cas contraire, les dispositions prévues à l'article L. 131-7 s'appliquent.</p> <p>.....</p>	<p>Art. 11</p>	<p>Art. 11</p>	<p>Art. 11</p>
<p>Art. L. 131-10. - Les recettes du fonds sont constituées par :</p>	<p>I. - Le 1° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est ainsi</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>1° Une fraction du produit du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par l'article 55 de la loi de finances pour 2000 ;</p>	<p>rédigé : « 1° Une fraction égale à 96,8 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ; ».</p>	<p>« 1° Une consommation visé à l'article impôts ; ».</p>	
<p>Loi n° 98-1194 de financement de la sécurité sociale pour 1999</p>			
<p>Art. 41. -</p>	<p>II. - A la troisième phrase du III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), les mots : « fraction du produit du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par l'article 55 de la loi de finances pour 2000 » sont remplacés par les mots : « fraction égale à 0,39 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ».</p>	<p>II. - Non modifié</p>	
<p>III - Il est institué un fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Ce fonds finance l'allocation créée au I. Ses ressources sont constituées d'une fraction du produit du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par l'article 55 de la loi de finances pour 2000 et d'un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au titre des charges générales de la branche. Un arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget fixe annuellement le montant de cette contribution</p>			
<p>Code de la sécurité sociale</p>			
<p>Art. L. 241-2. -</p>	<p>III. - Au septième alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le 1° est ainsi rédigé : « 1° Une fraction égale à 2,81 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ; ».</p>	<p>III. - Le septième alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : Alinéa sans modification</p>	
<p>1° Une fraction du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de finances pour 2000 ;</p>			
<p>CHAPITRE I QUATER DU</p>	<p>IV. - Le 4° de l'article</p>	<p>IV. - Alinéa sans</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">TITRE III</p> <p style="text-align: center;">Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale</p>	<p>L. 131-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>	<p>modification</p>	
<p>Art. L. 131-10. -</p> <p>4° Une fraction fixée à 47 % du produit du droit de consommation visé à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 <i>bis</i> du même code ;</p>	<p style="text-align: center;">« 4° Le produit des droits prévus aux articles 402 <i>bis</i>, 438 et 520 A du code général des impôts ainsi qu'une fraction égale à 55 % du produit du droit de consommation visé à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 <i>bis</i> du même code ; ».</p>	<p style="text-align: center;">« 4° Le produit des droits visés aux ...</p>	
<p style="text-align: center;">CHAPITRE 5</p> <p style="text-align: center;">Fonds de solidarité vieillesse</p> <p style="text-align: center;">SECTION 1</p> <p style="text-align: center;">Opérations de solidarité</p>			
<p>Art. L. 135-3. - Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 sont constituées par :</p> <p>.....</p>			
<p>2° Le produit des droits prévus aux articles 402 <i>bis</i>, 438 et 520 A du code général des impôts ainsi qu'une fraction fixée à 8 p 100 du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du même code, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 <i>bis</i> du même code ;</p> <p>.....</p>		<p style="text-align: center;">IV <i>bis</i> (nouveau). - Le troisième alinéa (2°) de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale est supprimé.</p>	
<p>CHAPITRE I <i>QUATER</i> DU</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">TITRE III</p> <p>Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale</p>	<p>V. - Le 5° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>	<p>V. - Non modifié</p>	
<p>Art. L. 131-10. - 5° La contribution visée aux articles L. 212-5 du code du travail et 992-2 du code rural ;</p>	<p>« 5° La taxe sur les véhicules des sociétés visée à l'article 1010 du code général des impôts ; ».</p>	<p>VI. - A. - <i>Supprimé</i></p>	
<p>6° Les produits non consommés de l'exercice précédent ;</p>	<p>VI. - A. - Le 6° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale devient le 7°.</p>	<p>B. - Après le 5° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5° <i>bis</i> ainsi rédigé :</p>	
	<p>B. - Le 6° du même article est ainsi rédigé :</p>	<p>« 5° <i>bis</i> Une ...</p>	
	<p>« 6° Une fraction de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances visée à l'article 991 du code général des impôts ; ».</p>	<p>... impôts, dans les conditions fixées par la loi de financement de la sécurité sociale et la loi de finances ; ».</p>	
	<p>C. - Pour l'année 2001, la fraction visée au 6° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est égale à 14,1 %.</p>	<p>C. - Pour au 5° <i>bis</i> de l'article à 14,1 %.</p>	
	<p>VII. - Les dispositions du I sont applicables pour la fraction affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés transférée au fonds mentionné à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, en application du même I, aux sommes à recevoir à compter du 1^{er} janvier 2001.</p>	<p>VII. - Non modifié</p>	
	<p>VIII. - Les dispositions du IV s'appliquent aux sommes reçues à compter du</p>	<p>VIII. - Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">CHAPITRE VI Contribution sociale généralisée</p> <p>Art. L. 136-8. - IV. - Le produit des contributions mentionnées au I est versé à la Caisse nationale des allocations familiales pour la part correspondant à un taux de 1,1 % au fonds institué par l'article L. 135-1 pour la part correspondant à un taux de 1,3 % et, dans les conditions fixées à l'article L. 139-2, aux régimes obligatoires d'assurance maladie pour la part correspondant à un taux de 5,1 % ou de 3,8 % pour les revenus visés au II et au III. Le produit des contributions visées au III de l'article L. 136-7-1 est réparti au prorata des taux visés dans le présent paragraphe.</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE 5 Fonds de solidarité vieillesse</p> <p>Art. L. 135-3. - Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 sont constituées par :</p> <p>1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application</p>	<p>1^{er} janvier 2000. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe la date et le montant du reversement par le Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale des sommes perçues au cours de l'exercice 2000 au titre de l'article L. 131-10.</p> <p style="text-align: center;">Art. 12</p> <p>I. - A. - Au IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « 1,3 % » sont remplacés par les mots : « 1,15 % » et les mots : « 5,1 % ou de 3,8 % pour les revenus visés au II et au III » par les mots : « 5,25 % pour les revenus visés au I, de 3,95 % pour les revenus visés au II ou de 3,8 % pour les revenus visés au III ».</p> <p style="text-align: center;">B. - Au 1° du premier alinéa de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : « 1,3 % » est remplacé par le taux : « 1,15 % ».</p>	<p>Un arrêté ...</p> <p>... L. 131-10 du même code.</p> <p style="text-align: center;">Art. 12</p> <p>I. - A. - Au ...</p> <p>... au III ». La référence à l'article L. 139-2 est remplacée par la référence à l'article L. 139-1.</p> <p style="text-align: center;">B. - Au deuxième alinéa (1°) de ...</p> <p>... « 1,15 % ».</p>	<p style="text-align: center;">Art. 12</p> <p style="text-align: center;"><i>Supprimé</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>d'un taux de 1,3 p 100 à l'assiette de ces contributions ; Code général des impôts</p>	<p>C. - L'article 154 <i>quinquies</i> du code général des impôts est ainsi modifié :</p>	<p>C. - Non modifié</p>	
<p>Art. 154 <i>quinquies</i>. - I. - Pour la détermination des bases d'imposition à l'impôt sur le revenu, la contribution prévue à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale au titre des revenus d'activité et de remplacement perçus à compter du 1^{er} janvier 1998 est, pour la fraction affectée en application du IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale au financement des régimes obligatoires d'assurance maladie, admise en déduction du montant brut des sommes payées et des avantages en nature ou en argent accordés, ou du bénéfice imposable, au titre desquels la contribution a été acquittée.</p>	<p>1° Au I, les mots : « pour la fraction affectée en application du IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale au financement des régimes obligatoires d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « à hauteur de 5,1 points, ou de 3,8 points pour les revenus visés aux II et III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale » ;</p>		
<p>II. - La contribution afférente aux revenus mentionnés aux <i>a, b, c, d, f</i> et <i>g</i> du premier alinéa du I de l'article 1600-0 C et au II du même article réalisés à compter du 1^{er} janvier 1997 est admise en déduction du revenu imposable de l'année de son paiement, pour la fraction affectée en application du IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale au financement des régimes obligatoires d'assurance maladie.</p>	<p>2° Au II, les mots : « pour la fraction affectée en application du IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale au financement des régimes obligatoires d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « à hauteur de 5,1 points ».</p>		
	<p>II. - Les dispositions du I sont applicables :</p>	<p>II. - Non modifié</p>	
	<p>1° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale, aux revenus perçus à</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>compter du 1^{er} janvier 2001 ou, pour les revenus professionnels visés à l'article L. 136-4 du même code, sur les revenus pris en compte pour le calcul de la contribution due à compter de l'année 2001 ;</p> <p>2° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, à compter de l'imposition des revenus de 2000 ;</p> <p>3° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, aux produits de placement sur lesquels est opéré à partir du 1^{er} janvier 2001 le prélèvement prévu à l'article 125 A du code général des impôts et aux revenus assujettis en application du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale à compter de cette même date ;</p> <p>4° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au I de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, aux tirages, événements sportifs et émissions postérieurs au 31 décembre 2000 ;</p> <p>5° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au II de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, sur les sommes engagées à compter du 1^{er} janvier 2001 ;</p> <p>6° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, sur le produit brut des jeux et sur les gains réalisés à compter du 1^{er} janvier 2001 ;</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission																
<p>Code de la sécurité sociale Livre VIII TITRE 4 Aides à l'emploi pour la garde des jeunes enfants CHAPITRE 1 Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée</p>	<p>7° En ce qu'elles concernent la déductibilité partielle de la contribution sociale généralisée prévue par l'article 154 <i>quinquies</i> du code général des impôts, à la détermination des bases d'imposition des revenus à compter de l'année 2001.</p> <p>Art. 13</p> <p>Pour 2001, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :</p> <p>(En milliards de francs)</p> <table border="0"> <tr><td>Cotisations effectives</td><td>1 085,2</td></tr> <tr><td>Cotisations fictives</td><td>201,3</td></tr> <tr><td>Contributions publiques</td><td>67,8</td></tr> <tr><td>Impôts et taxes affectés</td><td>552,1</td></tr> <tr><td>Transferts reçus</td><td>2,6</td></tr> <tr><td>Revenus des capitaux</td><td>3,2</td></tr> <tr><td>Autres ressources</td><td>58,3</td></tr> <tr><td>Total recettes</td><td>1 970,5</td></tr> </table> <p>TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE Section 1 Branche famille</p> <p>Art. 14</p> <p>I. - Au chapitre I^{er} du titre IV du livre VIII du code de la sécurité sociale, l'article L. 841-1 est ainsi modifié :</p>	Cotisations effectives	1 085,2	Cotisations fictives	201,3	Contributions publiques	67,8	Impôts et taxes affectés	552,1	Transferts reçus	2,6	Revenus des capitaux	3,2	Autres ressources	58,3	Total recettes	1 970,5	<p>Art. 13</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification Alinéa sans modification Alinéa sans modification Alinéa sans modification Alinéa sans modification Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p> <p>Impôts et taxes affectés 554,0 Total recettes 1 972,4</p> <p>TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE Section 1 Branche famille</p> <p>Art. 14</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 13</p> <p><i>La commission propose d'adopter cet article dans le texte résultant des votes précédemment émis par le Sénat</i></p> <p>TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE Section 1 Branche famille</p> <p>Art. 14</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification « II. - L'aide ...</p>
Cotisations effectives	1 085,2																		
Cotisations fictives	201,3																		
Contributions publiques	67,8																		
Impôts et taxes affectés	552,1																		
Transferts reçus	2,6																		
Revenus des capitaux	3,2																		
Autres ressources	58,3																		
Total recettes	1 970,5																		
<p>Art. L. 841-1. - II. - L'aide visée au I est assortie d'une majoration d'un montant variant avec l'âge de l'enfant et fixé par décret en pourcentage de la base mentionnée à l'article L. 551-</p>	<p>1° Le II est ainsi rédigé : « II. - L'aide visée au I est assortie d'une majoration d'un montant variant en fonction de l'âge de l'enfant et des ressources du ménage ou de la personne employant une</p>																		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
1. Ce montant ne peut excéder le salaire net servi à l'assistante maternelle agréée.	<p>assistante maternelle agréée, selon des modalités fixées par décret. Les montants de la majoration sont fixés en pourcentage de la base mensuelle de calcul mentionnée à l'article L. 551-1. Le montant versé ne peut excéder un pourcentage, fixé par décret, du salaire net servi à l'assistante maternelle agréée. » ;</p> <p>2° Il est ajouté un III ainsi rédigé :</p> <p>« III. - L'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée n'est pas cumulable avec l'allocation parentale d'éducation à taux plein, mentionnée à l'article L. 532-1, sauf si cette allocation parentale d'éducation est versée au titre de l'article L. 532-4-1. »</p>		<p>... L. 551-1. » ;</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>
Art. L. 511-1. - Les prestations familiales comprennent :	<p>II. - Les dispositions du I sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2001 pour les périodes d'emploi postérieures à cette date.</p>		<p>II. - Non modifié</p>
	<p>Art. 15</p> <p>I. - L'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 11° ainsi rédigé :</p> <p>« 11° L'allocation de présence parentale ».</p>	<p>Art. 15</p> <p>I. - Non modifié</p>	<p>Art. 15</p> <p>I. - Non modifié</p>
	<p>II. - Le titre IV du livre V du code de la sécurité sociale est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p>	<p>II. - Non modifié</p>
	<p>« CHAPITRE IV</p> <p>« Allocation de présence parentale</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>	
	<p>« Art. L. 544-1. - Une allocation de présence</p>	<p>« Art. L. 544-1. - Une allocation ...</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>parentale est attribuée à la personne qui interrompt ou réduit son activité professionnelle dans les conditions prévues à l'article L. 122-28-9 du code du travail, lorsque l'enfant dont elle assume la charge est atteint d'une maladie ou d'un handicap graves ou est victime d'un accident grave nécessitant une présence soutenue ou des soins contraignants pendant une durée prévisible minimale fixée par décret.</p> <p>« Art. L. 544-2. - Le montant de l'allocation varie en fonction de la durée d'activité restante appréciée par rapport à la durée légale du travail ou la durée considérée comme équivalente ou la durée fixée conventionnellement dans l'entreprise. Il varie également en fonction de la composition familiale, dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>... décret qui peut varier selon les pathologies.</p> <p>« Ces dispositions sont également applicables à la personne qui interrompt ou réduit son activité professionnelle dans les conditions prévues aux articles 37 <i>bis</i> et 54 <i>bis</i> de la loi n°84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, 60 <i>bis</i> et 75 <i>bis</i> de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ainsi que celles prévues aux articles 46-1 et 64-1 de la loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.</p> <p>« Art. L. 544-2. - Le montant ...</p> <p>... entreprise. Le montant de la prestation est majoré pour la personne assumant seule la charge de l'enfant, dans des conditions fixées par décret.</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>« Art. L. 544-3. - Pour chaque période d'attribution de la prestation, la nécessité d'une présence soutenue ou de soins contraignants de la part des parents est attestée par un certificat médical détaillé et soumise à l'avis du service du contrôle médical prévu aux articles L. 315-1 et L. 615-13. Le droit à la prestation est subordonné à un avis favorable dudit service.</p> <p>« Art. L. 544-4. - L'allocation est versée dans la limite d'une durée maximale fixée par décret pour un même enfant et par maladie, accident ou handicap.</p> <p>« Art. L. 544-5. - Lorsque les deux membres d'un couple réduisent leur activité professionnelle, ils peuvent bénéficier chacun d'une allocation à taux partiel dans les conditions prévues à l'article L. 544-2 même si le montant cumulé des deux prestations excède celui de l'allocation à taux plein.</p> <p>« Les deux membres du couple ne peuvent cumuler le bénéfice de deux allocations de présence parentale à taux plein ni celui d'une allocation de présence parentale à taux plein et de l'allocation à taux partiel.</p> <p>« Art. L. 544-6. - L'allocation de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil suivant le début de la période de congé visée à l'article L. 122-28-9 du code du travail. En cas de changement de la durée d'activité restante, le montant de la prestation est modifié à compter du premier</p>	<p>« Art. L. 544-3. - pour chaque ...</p> <p>... L. 615-13 ou du régime spécial de sécurité sociale. Le droit ...</p> <p>... service.</p> <p>« Art. L. 544-4. - Non modifié</p> <p>« Art. L. 544-5. - Non modifié</p> <p>« Art. L. 544-6. - Non modifié</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	<p>jour du mois civil suivant le changement.</p>	—	—
	<p>« L'allocation cesse d'être due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit cessent d'être réunies.</p>		
	<p>« Art. L. 544-7. - Les modalités selon lesquelles l'allocation de présence parentale à taux plein ou à taux partiel est attribuée aux personnes visées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1°, 4° et 5° de l'article L. 615-1, à l'article L. 722-1 du présent code, à l'article L. 722-9 du code rural et les modalités selon lesquelles l'allocation de présence parentale est attribuée à taux plein aux travailleurs à la recherche d'un emploi visés aux articles L. 351-1 à L. 351-15 du code du travail ou en formation professionnelle rémunérée, sont fixées par décret.</p>	<p>« Art. L. 544-7. - Non modifié</p>	
	<p>« Art. L. 544-8. - L'allocation de présence parentale n'est pas cumulable avec :</p> <p>« 1° L'indemnisation des congés de maternité ou d'adoption ;</p> <p>« 2° L'allocation forfaitaire de repos maternel prévue aux articles L. 615-19 et L. 722-8 du présent code ou l'allocation de remplacement pour maternité prévue à l'article L. 732-10 du code rural ;</p> <p>« 3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;</p> <p>« 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;</p> <p>« 5° Un avantage</p>	<p>« Art. L. 544-8. - Non modifié</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 552-1. - Les prestations servies mensuellement par les organismes débiteurs de prestations familiales sont dues, à l'exception de l'allocation de parent isolé, à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Elles cessent d'être dues à partir du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies,</p>	<p>personnel de vieillesse ou d'invalidité ; « 6° L'allocation parentale d'éducation ; « 7° Le complément d'allocation d'éducation spéciale perçu pour le même enfant ; « 8° L'allocation aux adultes handicapés. « Toutefois, l'allocation de présence parentale à taux partiel est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel. « Le versement des indemnités dues aux demandeurs d'emploi est suspendu au début du versement de l'allocation de présence parentale et est, à la date de cessation de paiement de l'allocation de présence parentale, repris et poursuivi jusqu'à son terme. « Lorsque le complément d'allocation d'éducation spéciale est attribué au titre d'une période pour laquelle un droit à l'allocation de présence parentale a déjà été ouvert, la prestation la plus favorable reste acquise au bénéficiaire. »</p> <p>III. - Au premier alinéa de l'article L. 552-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « à l'exception de l'allocation de parent isolé », sont insérés les mots : « et de l'allocation de présence parentale, ».</p>	<p>III. - Non modifié</p>	<p>III. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>sauf en cas de changement de situation de famille pour l'allocation de parent isolé et sauf en cas de décès de l'allocataire, de son conjoint ou d'un enfant à charge, auxquels cas elles cessent d'être dues au premier jour du mois civil qui suit le changement de situation de famille ou le décès.</p> <p>.....</p>	<p>IV. - Après le deuxième alinéa de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>IV. - Non modifié</p>	<p>IV. - Alinéa sans modification</p>
<p>Art. L. 381-1. - La personne isolée et, pour un couple, l'un ou l'autre de ses membres n'exerçant pas d'activité professionnelle, bénéficiaire du complément familial, de l'allocation pour jeune enfant ou de l'allocation parentale d'éducation, est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret et que les enfants dont il assume la charge remplissent les conditions d'âge et de nombre qui sont fixées par le même décret.</p> <p>La personne isolée ou chacun des membres d'un couple exerçant une activité professionnelle à temps partiel, bénéficiaire de l'allocation parentale d'éducation à taux partiel, est affilié obligatoirement à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret et que les enfants dont il assume la charge remplissent les conditions d'âge et de nombre qui sont fixées par décret.</p> <p>.....</p>	<p>« La personne</p>	<p>Alinéa sans</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>bénéficiaire de l'allocation de présence parentale à taux plein est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général, sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret.</p> <p>« La personne bénéficiaire de l'allocation de présence parentale à taux partiel est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret. »</p> <p>V. - Au chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 161-9-1 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 161-9-1.</i> - Les personnes bénéficiaires de l'allocation de présence parentale conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie, maternité, de leur régime d'origine pendant la durée de perception de l'allocation. A l'issue de cette période, elles retrouvent les droits aux prestations en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, acquis antérieurement à l'ouverture du droit à l'allocation. »</p> <p>VI. - Le chapitre V du livre VII du code de la sécurité sociale est complété par une section 14 ainsi rédigée :</p> <p>« <i>Section 14</i> « <i>Allocation de présence parentale</i> »</p>	<p>V. - Non modifié</p> <p>VI. - Non modifié</p>	<p>modification</p> <p>« La ...</p> <p>... sociale. »</p> <p>V. - Non modifié</p> <p>VI. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 122-28-9. - Tout salarié qui justifie d'une ancienneté minimale d'un an a le droit de travailler à temps partiel en cas de maladie, d'accident ou de handicap graves, appréciés selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, d'un enfant à charge au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale et remplissant l'une des conditions prévues par l'article L. 512-3 du même code.</p>	<p>« Art. L. 755-33. - L'allocation de présence parentale est attribuée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1. »</p>	VII. - Non modifié	VII. - Non modifié
<p>Cette période d'activité à temps partiel a une durée initiale de six mois au plus ; elle peut être prolongée une fois pour une durée de six mois au plus.</p>	<p>VII. - A la section 5 du chapitre II du titre II du livre I^{er} du code du travail, l'article L. 122-28-9 est ainsi rédigé :</p>		
<p>Le salarié doit informer l'employeur dans les formes prévues aux trois derniers alinéas de l'article L. 122-28-1 du point de départ et de la durée de la période pendant laquelle il entend bénéficier des dispositions du présent article.</p>	<p>« Art. L. 122-28-9. - Tout salarié dont l'enfant à charge au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale et remplissant l'une des conditions prévues par l'article L. 512-3 du même code, est victime d'une maladie, d'un accident ou d'un handicap graves, appréciés selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, et nécessitant la présence d'une personne à ses côtés, a le droit, soit de travailler à temps partiel, soit de bénéficier d'un congé de présence parentale entraînant la suspension de son contrat de travail.</p>		
	<p>« La période d'activité à temps partiel, ou de suspension du contrat de travail, a une durée initiale de quatre mois au plus. Elle peut être renouvelée deux fois, dans la limite maximale de douze mois, renouvellements inclus.</p>		
	<p>« Le salarié doit envoyer à son employeur, au moins quinze jours avant le début du congé ou du travail à temps partiel, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de sa volonté de bénéficier des dispositions du premier alinéa du présent article, ainsi qu'un certificat médical établi selon les modalités fixées par décret en</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>A l'issue de la période d'exercice de son activité à temps partiel, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.</p>	<p>Conseil d'Etat.</p> <p>« Lorsque le salarié entend prolonger son congé ou son activité à temps partiel, il doit avertir l'employeur de cette prolongation, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au moins un mois avant le terme initialement prévu et l'informer, le cas échéant, de son intention soit de transformer le congé de présence parentale en activité à temps partiel, soit de transformer l'activité à temps partiel en congé de présence parentale. Toutefois, pendant la période d'activité à temps partiel ou à l'occasion des prolongations de celle-ci, le salarié ne peut pas modifier la durée du travail initialement choisie sauf accord de l'employeur ou si une convention ou un accord collectif de travail le prévoit expressément.</p> <p>« A l'issue du congé de présence parentale ou de la période d'exercice de son activité à temps partiel, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.</p>	VIII. - Non modifié	VIII. - Non modifié
<p>Toutefois, en cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du ménage, le salarié retrouve également son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente, s'il a accompli les formalités prévues à l'article L. 122-28-2.</p>	<p>« Toutefois, en cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du ménage, le salarié retrouve également son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente, s'il a accompli les formalités prévues à l'article L. 122-28-2. »</p>		
<p>Art. L. 122-28-6. - La durée du congé parental d'éducation prévue au premier alinéa de l'article L. 122-28-1 est prise en compte pour</p>	<p>VIII. - A l'article L. 122-28-6 du code du travail, les mots : « est prise en compte » sont remplacés par les mots : « et la durée du</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>moitié dans la détermination des avantages liés à l'ancienneté. Le salarié conserve, en outre, le bénéfice de tous les avantages qu'il avait acquis avant le début de ce congé.</p>	<p>congé de présence parentale prévue au premier alinéa de l'article L. 122-28-9 sont prises en compte ».</p>	<p>IX (<i>nouveau</i>). - La loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat est ainsi modifiée :</p>	<p>IX. - Non modifié</p>
<p>Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984</p>			
<p>Art. 32. - Tout fonctionnaire est placé dans une des positions suivantes :</p>			
<p>6° Congé parental.</p>		<p>1° Le 6° de l'article 32 est complété par les mots : « et congé de présence parentale » ;</p>	
<p>Art. 37 <i>bis</i>. - L'autorisation d'accomplir un service à mi-temps est accordée de plein droit aux fonctionnaires à l'occasion de chaque naissance jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant ou de chaque adoption jusqu'à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté.</p>			
<p>L'autorisation d'accomplir un service à mi-temps est également accordée de plein droit au fonctionnaire pour donner des soins à son conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne, ou victime d'un accident ou d'une maladie grave.</p>		<p>2° Dans le deuxième alinéa de l'article 37 <i>bis</i>, les mots : « service à mi-temps » sont remplacés par les mots : « service à temps partiel » ;</p>	
		<p>3° L'intitulé de la section 6 du chapitre V est complété par les mots : « et congé de présence parentale » ;</p>	
		<p>4° Il est inséré, après l'article 54, un article 54 <i>bis</i> ainsi rédigé :</p>	

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la
Commission**

—

—

—

—

« *Art. 54 bis.* - Le congé de présence parentale est la position du fonctionnaire qui est placé hors de son administration ou service d'origine lorsque la maladie, l'accident ou le handicap graves d'un enfant à charge, appréciés selon les modalités définies par décret en Conseil d'Etat, nécessite la présence de sa mère ou de son père auprès de lui.

« Ce congé non rémunéré est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire, pour une durée initiale de quatre mois au plus ; il peut être prolongé deux fois, dans la limite d'un an.

« Dans cette position, le fonctionnaire conserve ses droits à l'avancement d'échelon, réduits de moitié, ainsi que la qualité d'électeur lors de l'élection des représentants du personnel au sein de la commission administrative paritaire. Il n'acquiert pas de droit à la retraite.

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

« Un décret en Conseil

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984</p> <p>Art. 55. - Tout fonctionnaire est placé dans une des positions suivantes :</p> <p>6° Congé parental.</p> <p>Art. 60 <i>bis.</i> - L'autorisation d'accomplir un service à mi-temps est accordée de plein droit aux fonctionnaires à l'occasion de chaque naissance jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant ou de chaque adoption jusqu'à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté.</p> <p>L'autorisation d'accomplir un service à mi-temps est également accordée de plein droit au fonctionnaire pour donner des soins à son conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne, ou victime d'un accident ou d'une maladie grave.</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p>d'Etat fixe les modalités d'application du présent article. »</p> <p>X (<i>nouveau</i>). - La loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale est ainsi modifiée :</p> <p>1° Le 6° de l'article 55 est complété par les mots « et congé de présence parentale » ;</p> <p>2° L'intitulé de la section 6 du chapitre V est complété par les mots : « et congé de présence parentale » ;</p> <p>3° Dans le deuxième alinéa de l'article 60 <i>bis</i>, les mots : « service à mi-temps » sont remplacés par les mots : « service à temps partiel » ;</p> <p>4° Il est inséré, après l'article 75, un article 75 <i>bis</i> ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 75 <i>bis.</i> - Le congé de présence parentale est la position du fonctionnaire qui est placé hors de son</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>X. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. 136. - Les agents non titulaires qui ne demandent pas leur intégration ou dont la titularisation n'a pas été prononcée, les agents non titulaires recrutés pour exercer les fonctions mentionnées aux</p>		<p>administration ou service d'origine lorsque la maladie, l'accident ou le handicap graves d'un enfant à charge, appréciés selon les modalités définies par décret en Conseil d'Etat, nécessite la présence de sa mère ou de son père auprès de lui.</p> <p>« Ce congé non rémunéré est accordé de droit sur demande écrite du fonctionnaire pour une durée initiale de quatre mois au plus et peut être prolongé deux fois, dans la limite d'un an.</p> <p>« Dans cette position, le fonctionnaire conserve ses droits à l'avancement d'échelon, réduits de moitié, ainsi que la qualité d'électeur lors de l'élection des représentants du personnel au sein de la commission administrative paritaire. Il n'acquiert pas de droit à la retraite.</p> <p>« A l'issue du congé de présence parentale, ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réintégré de plein droit, au besoin en surnombre, dans sa collectivité ou établissement d'origine, sur sa demande et à son choix, dans son ancien emploi ou dans un emploi le plus proche de son dernier lieu de travail ou de son domicile lors de sa réintégration, lorsque celui-ci a changé pour assurer l'unité de la famille. » ;</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>articles 3 et 25 de la présente loi ainsi que ceux recrutés dans les conditions prévues par la section II du chapitre III et par l'article 110 sont régis notamment par les mêmes dispositions que celles auxquelles sont soumis les fonctionnaires en application des articles 6, 7, 8, 10, 11, 17, 18, 20, premier et deuxième alinéas, 23, 25, 26, 27, 28, 29 du titre Ier du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales ; des articles 9, 10, des premier, troisième et quatrième alinéas de l'article 25, des articles 33, 34, 35, des troisième et quatrième alinéas de l'article 37, de l'article 40, du premier alinéa du 1° et des 7, 8° et 10° de l'article 57, des articles 59, 75 et 100 du titre III du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales; de l'article L 412-45 du code des communes, jusqu'à la date d'entrée en vigueur d'une loi réorganisant la formation professionnelle des fonctionnaires territoriaux, et des articles L 417-26 à L 417-28 et L 422-4 à L 422-8 du code des communes modifiés et étendus aux autres collectivités territoriales par le paragraphe III de l'article 119 de la présente loi.</p>		<p>5° Dans le deuxième alinéa de l'article 136, les mots : « des articles 59, 75, 100 » sont remplacés par les mots : « des articles 59, 75, 75 bis, 100 ».</p>	
<p>Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986</p>		<p>XI (<i>nouveau</i>). - La loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifiée :</p>	<p>XI. - Non modifié</p>
<p>Art. - 39. - Tout fonctionnaire est placé dans une des positions suivantes :</p>		<p>1° Le 6° de l'article 39 est complété par les mots : « et congé de présence parentale » ;</p>	
<p>..... 6° Congé parental.</p>			
<p>Art. 46-1. -</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>L'autorisation d'accomplir un service à mi-temps est accordée de plein droit aux fonctionnaires à l'occasion de chaque naissance jusqu'au troisième anniversaire de l'enfant ou de chaque adoption jusqu'à l'expiration d'un délai de trois ans à compter de l'arrivée au foyer de l'enfant adopté.</p> <p>L'autorisation d'accomplir un service à mi-temps est également accordée de plein droit au fonctionnaire pour donner des soins à son conjoint, à un enfant à charge ou à un ascendant, atteint d'un handicap nécessitant la présence d'une tierce personne, ou victime d'un accident ou d'une maladie grave.</p>		<p>2° Dans le deuxième alinéa de l'article 46-1, les mots : « service à mi-temps » sont remplacés par les mots : « service à temps partiel » ;</p> <p>3° L'intitulé de la section 6 du chapitre IV est complété par les mots : « et congé de présence parentale » ;</p> <p>4° Il est inséré, après l'article 64, un article 64-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 64-1. - Le congé de présence parentale est la position du fonctionnaire qui est placé hors de son établissement d'origine lorsque la maladie, l'accident ou le handicap graves d'un enfant à charge, appréciés selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, nécessite la présence de sa mère ou de son père auprès de lui.</p> <p>« Ce congé non rémunéré est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire, pour une durée initiale de quatre mois au plus ; il peut être prolongé deux fois, dans la limite d'un</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale			
Art. L. 223-1. - La caisse nationale des allocations familiales a pour rôle :			
1°) d'assurer le financement de l'ensemble des régimes de prestations familiales ;			
2°) de gérer un fonds d'action sanitaire et sociale dans le cadre d'un programme fixé par arrêté ministériel après avis de son conseil d'administration ;			
3°) d'exercer un contrôle sur les opérations immobilières des caisses d'allocations familiales et sur la gestion de leur patrimoine immobilier ;			
4°) De centraliser l'ensemble des opérations, y compris les opérations pour compte de tiers, des caisses d'allocations familiales et des unions et fédérations desdits organismes et d'en assurer soit le transfert vers les			
		an. « Dans cette position, le fonctionnaire conserve ses droits à l'avancement d'échelon, réduits de moitié, ainsi que la qualité d'électeur lors de l'élection des représentants du personnel au sein de la commission administrative paritaire. Il n'acquiert pas de droits à la retraite. « A l'issue du congé de présence parentale ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réintégré de plein droit, au besoin en surnombre, dans son établissement d'origine. « Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article. »	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>organismes du régime général, soit le règlement vers tous organismes désignés à cet effet, conformément aux dispositions législatives et réglementaires en vigueur et aux stipulations conventionnelles prises en vertu des articles L. 123-1 et L. 123-2 et agréées par l'autorité compétente de l'Etat.</p>	<p>Art. 16</p> <p>I. - L'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 5° ainsi rédigé :</p> <p>« 5° De verser au Fonds de solidarité vieillesse créé à l'article L. 135-1 un montant égal aux dépenses prises en charge par ce fonds au titre des majorations de pensions mentionnées au a du 3° et au 6° de l'article L. 135-2 ; ce versement fait l'objet d'acomptes. »</p>	<p>Art. 16</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 16</p> <p><i>Supprimé</i></p>
<p>Art. L. 135-3. - Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 sont constituées par :</p>	<p>II. - L'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 6° ainsi rédigé :</p> <p>« 6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1. »</p> <p>III. - Pour l'année 2001, la Caisse nationale des allocations familiales verse au Fonds de solidarité vieillesse un montant égal à 15 % des sommes visées au présent article.</p>	<p>Art. 17</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 17</p> <p>Sans modification</p>
	<p>Art. 17</p> <p>Au chapitre II du titre III du livre V du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 532-4-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 532-4-1. - Par dérogation à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 532-1, l'allocation parentale d'éducation à taux</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>plein peut être cumulée pendant une durée fixée par décret avec un revenu professionnel en cas de reprise d'activité du parent bénéficiaire alors qu'il a un enfant à charge remplissant des conditions d'âge fixées par décret.</p> <p>« Lorsque le parent bénéficiaire a cumulé l'allocation parentale d'éducation à taux plein avec un revenu professionnel, le droit à l'allocation parentale d'éducation à taux plein ne peut être réouvert qu'en cas de changement de sa situation familiale. »</p> <p style="text-align: center;">Art. 18</p> <p>Il est créé, à compter du 1^{er} janvier 2001, au sein du Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations familiales, un fonds d'investissement pour les crèches.</p> <p>Ce fonds a pour objet d'apporter aux collectivités locales et aux associations gestionnaires des aides à la création d'équipements ou services d'accueil de la petite enfance.</p> <p>La recette de ce fonds est constituée par l'excédent de l'exercice 1999 de la branche famille, affecté à un compte de réserve spécifique à hauteur de 1,5 milliard de francs.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 18</p> <p>Il est ...</p> <p style="text-align: center;">... pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance.</p> <p>Ce ...</p> <p style="text-align: center;">... enfance, notamment pour la création de crèches innovantes et de structures multi-accueil.</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p>	<p style="text-align: center;">Art. 18</p> <p><i>I. - Après l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :</i></p> <p style="text-align: center;"><i>« Art. L. 223-1-1. - Les excédents de la branche famille sont affectés à un compte de réserve spécifique.</i></p> <p style="text-align: center;"><i>« L'utilisation des excédents est décidée dans les conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale, après avis du conseil d'administration de la Caisse nationale des allocations familiales. »</i></p> <p><i>II. - En application du I ci-dessus, au titre des excédents 1999, le Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations familiales est doté d'une somme de 1,5 milliard de francs pour apporter des aides à la création d'équipements ou services d'accueil de la petite enfance aux collectivités</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
			<i>locales et aux associations gestionnaires.</i>
	<p>Pour chaque exercice, les dépenses correspondantes sont inscrites et individualisées en dépenses exceptionnelles au sein du Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations familiales.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<i>Alinéa supprimé</i>
	<p>Ces dépenses sont équilibrées en fin d'exercice par une affectation des réserves à due concurrence.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<i>Alinéa supprimé</i>
	<p>Ce fonds prend fin à la consommation complète des crédits inscrits au compte de réserve spécifique.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<i>Alinéa supprimé</i>
	<p>Section 2</p> <p>Branche vieillesse Revalorisation des pensions</p>	<p>Section 2</p> <p>Branche vieillesse <i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>Section 2</p> <p>Branche vieillesse <i>Suppression maintenue</i></p>
		<p>Art. 19 A (<i>nouveau</i>)</p> <p>La loi n° 97-277 du 25 mars 1997 créant les plans d'épargne retraite est abrogée.</p>	<p>Art. 19 A</p> <p><i>Supprimé</i></p>
	<p>Art. 19</p> <p>L'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 351-11.</i> - Au titre de l'année 2001, le coefficient de revalorisation applicable au 1^{er} janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 1,022. »</p>	<p>Art. 19</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 19</p> <p>Sans modification</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 356-1. - L'assurance veuvage garantit au conjoint survivant de l'assuré qui a été affilié, à titre obligatoire ou volontaire, à l'assurance vieillesse du</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>régime général, au cours d'une période de référence et pendant une durée fixées par décret en Conseil d'Etat ou qui bénéficiait, en application de l'article L. 311-5, des prestations en nature de l'assurance maladie du régime général, une allocation de veuvage lorsque, résidant en France, il satisfait à des conditions d'âge et de nombre d'enfants à charge ou élevés fixées par décret en Conseil d'Etat. L'allocation de veuvage n'est due que si le total de cette allocation et des ressources personnelles de l'intéressé n'excède pas un plafond fixé par décret ; lorsque le total de l'allocation et des ressources personnelles de l'intéressé dépasse ce plafond, l'allocation est réduite à due concurrence.</p> <p>.....</p>	<p>Art. 20</p> <p>I. - A la sous-section 4 de la section 1 du chapitre 4^{er} du titre VI du livre 1^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-17-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 161-17-1. - En vue d'améliorer la connaissance statistique sur les effectifs de retraités et les</p>	<p>Art. 19 bis (nouveau)</p> <p>I. - Au premier alinéa de l'article L. 356-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « et de nombre d'enfants à charge ou élevés » sont supprimés.</p> <p>II. - Au cinquième alinéa du même article, les mots : « , de nombre d'enfants » sont supprimés.</p>	<p>Art. 19 bis</p> <p>Sans modification</p>
<p>L'allocation de veuvage est également servie, qu'il réside ou non en France, au conjoint survivant de l'assuré qui relevait du régime de l'assurance volontaire vieillesse institué par les articles L. 742-2 et suivants, sous réserve qu'il remplisse les conditions d'âge, de nombre d'enfants et de ressources mentionnées ci-dessus.</p> <p>.....</p>	<p>Art. 20</p> <p>I. - Non modifié</p>	<p>Art. 20</p> <p>I. - Non modifié</p>	<p>Art. 20</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la
Commission**

montants des retraites et de faciliter la coordination entre les régimes de retraite en matière de service des prestations, il est créé un répertoire national des retraites et des pensions.

« A cette fin, les organismes gérant les régimes de retraite mentionnés au présent titre et au titre II du livre IX, les débiteurs d'avantages de vieillesse non contributifs ou d'avantages gérés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code et les organismes gérant les régimes d'assurance invalidité communiquent à l'organisme chargé par décret de la gestion technique du répertoire, lors de la liquidation des avantages de retraite, les informations sur la nature et le montant des avantages servis, ainsi que les informations strictement nécessaires à l'identification des assurés et de leurs ayants droit, et à la détermination de leurs droits.

« Le numéro d'identification au répertoire national d'identification des personnes physiques est utilisé dans les traitements et les échanges d'informations nécessaires à l'application de ces dispositions par les organismes débiteurs des avantages mentionnés au deuxième alinéa du présent article.

« Le contenu et les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'Etat. »

II. - Les organismes cités à l'article L. 161-17-1 du code de la sécurité sociale transmettent à l'autorité

II. - Non modifié

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 161-22. - Le service d'une pension de vieillesse prenant effet postérieurement au 31 mars 1983, liquidée au titre du régime général de sécurité sociale, du régime des salariés agricoles ou d'un régime spécial de retraite au sens de l'article L. 711-1 et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, ou ultérieurement, est subordonné à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur ou, pour les assurés exerçant une activité non-salariée, à la cessation définitive de cette activité.</p> <p>Les dispositions du premier alinéa ne font pas obstacle à l'exercice des activités suivantes :</p> <p>1°) activités entraînant affiliation au régime général de la sécurité sociale en application du 15° de l'article</p>	<p>compétente de l'Etat les données nécessaires à la constitution d'un échantillon statistique inter-régimes de cotisants, anonyme et représentatif, visant à élaborer un système d'informations sur les droits acquis à la retraite par les personnes d'âge actif.</p> <p>Un décret fixe les conditions de la communication des données mentionnées au premier alinéa.</p>	<p>III (nouveau). - Une synthèse des données du répertoire national des retraites et des pensions et de l'échantillon inter-régimes de cotisants est transmise, tous les deux ans, au Parlement et au Conseil d'orientation des retraites.</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>L. 311-3 et de l'article L. 382-1 ainsi que les activités exercées par les artistes-interprètes rattachés au régime mentionné au premier alinéa de l'article L. 622-5 ;</p>	<p>Art. 21</p>	<p>Art. 21</p>	<p>Art. 21</p>
<p>..... Les dispositions du présent article sont applicables jusqu'au 31 décembre 2000.</p>	<p>Le dernier alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 732-39 du code rural, au premier alinéa de l'article L. 634-6 du code de la sécurité sociale, les mots : « , jusqu'au 31 décembre 2000, » et le dernier alinéa de l'article 14 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon sont supprimés.</p>	<p>Sans modification</p>	<p>I. - Le ...</p>
<p>Code rural</p>			
<p>Art. L. 732-39. - Le service d'une pension de retraite ou allocation prenant effet postérieurement au 1er janvier 1986, liquidée par le régime d'assurance vieillesse des personnes non salariées des professions agricoles et dont l'entrée en jouissance intervient à compter du sixième anniversaire de l'intéressé ou ultérieurement, est subordonné à la cessation définitive de l'activité non salariée et, pour les assurés exerçant une activité salariée, à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur. Cette condition cesse d'être appliquée à compter du 31 décembre 2000.</p>			
<p>..... Code de la sécurité sociale</p>			
<p>Art. L. 634-6. - Le service d'une pension de vieillesse prenant effet postérieurement</p>			

supprimés. ...

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>au 30 juin 1984, liquidée au titre des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, est subordonné, jusqu'au 31 décembre 2000, à la cessation définitive de l'activité non salariée ou, pour les assurés exerçant une activité salariée, à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur.</p> <p>Il est suspendu dès lors que l'assuré reprend, à quelque titre que ce soit, une activité professionnelle dans la ou les entreprises exploitées à la date de la cessation d'activité non salariée.</p> <p>.....</p>			
<p>Loi n° 87-563 du 17 juillet 1987</p>			
<p>Art. 14. - Les dispositions du présent article sont applicables jusqu'au 31 décembre 2000.</p>			
<p>Code la sécurité sociale</p>	<p>Art. 22</p>	<p>Art. 22</p>	<p>Art. 22</p>
<p>Art. L. 135-1. - Il est créé un fonds dont la mission est de prendre en charge les avantages d'assurance vieillesse à caractère non contributif relevant de la solidarité nationale, tels qu'ils sont définis par l'article L. 135-2.</p>	<p>I. - Le fonds visé à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale a pour mission de financer la validation, par les organismes visés à l'article L. 921-4 du même code, des périodes de chômage et de préretraite indemnisées par l'Etat.</p>	<p>Sans modification</p>	<p><i>II. - Après le quatrième alinéa de l'article L. 634-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Les dispositions des deux premiers alinéas ne sont pas opposables à la poursuite d'une activité commerciale de proximité dans les communes de moins de 1.500 habitants. »</i></p>
<p>Le fonds a également pour mission de gérer un fonds</p>	<p>II. - Ce fonds prend en charge, dans des conditions</p>		<p>Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>de réserve pour les régimes d'assurance vieillesse visés à l'article L. 222-1 et aux 1° et 2° de l'article L. 621-3.</p>	<p>fixées par une convention conclue entre l'Etat et les organismes visés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale :</p>		
<p>Ce fonds, dénommé : fonds de solidarité vieillesse, est un établissement public de l'Etat à caractère administratif. La composition du conseil d'administration, qui est assisté dans les missions mentionnées aux premier et deuxième alinéas d'un comité de surveillance composé notamment de membres du Parlement, de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales de salariés interprofessionnelles représentatives au plan national ainsi que de représentants des employeurs et travailleurs indépendants désignés par les organisations professionnelles d'employeurs et de travailleurs indépendants représentatives, ainsi que les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>a) Les cotisations dues à compter du 1^{er} janvier 1999 au titre des périodes de perception des allocations spéciales du fonds national pour l'emploi visées au 2° de l'article L. 322-4 du code du travail, des allocations de préretraite progressive visées au 3° du même article, des allocations de solidarité spécifique visées à l'article L. 351-10 du même code ;</p>		
<p>Les opérations du Fonds de solidarité vieillesse correspondant à chacune des missions respectivement mentionnées au premier et au deuxième alinéas du présent article sont retracées en deux sections distinctes.</p>	<p>b) Le remboursement des sommes dues antérieurement au 1^{er} janvier 1999, pour la validation des périodes de perception des allocations visées au a) ci-dessus.</p>		
<p>Le fonds de solidarité vieillesse peut à titre dérogatoire recruter des agents de droit privé régis par les conventions collectives applicables au personnel des organismes de sécurité sociale.</p>	<p>III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>		
<p>Art. L. 135-3. - Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses</p>	<p>IV. - Au premier alinéa de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, après</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>mentionnées à l'article L. 135-2 sont constituées par :</p> <p>.....</p>	<p>les mots : « mentionnées à l'article L. 135-2 », sont insérés les mots : « et de l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° du)».</p>		
<p>Art. L. 135-2. -</p> <p>.....</p>			
<p>4° Les sommes représentatives de la prise en compte par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural, dans la durée d'assurance :</p>			
<p>a) Des périodes de service national légal de leurs assurés ;</p>			
<p>b) Des périodes pendant lesquelles les assurés ont bénéficié des allocations mentionnées aux articles L. 322-3, L. 351-3, L. 351-9 et L. 351-10 du code du travail, des allocations spéciales mentionnées au 2° de l'article L. 322-4 du même code et de l'allocation de préparation à la retraite mentionnée à l'article 125 de la loi de finances pour 1992 (n° 91-1322 du 30 décembre 1991) ;</p>	<p>Art. 23</p>	<p>Art. 23</p>	<p>Art. 23</p>
<p>c) Des périodes de chômage non indemnisé visées au 3° de l'article L. 351-3 du présent code ;</p> <p>.....</p>	<p>I. - Le 4° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale est complété par un <i>d</i> ainsi rédigé :</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
<p>.....</p>	<p>« d) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ; ».</p>		
<p>.....</p>	<p>II. - A l'avant-dernier</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Les sommes mentionnées au <i>a</i> et <i>b</i> du 4° et au 7° sont calculées sur une base forfaitaire déterminée après avis des conseils d'administration des caisses des régimes d'assurance vieillesse de base concernées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>.....</p>	<p>alinéa de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « au <i>a</i> et au <i>b</i> » sont remplacés par les mots : « aux <i>a</i>, <i>b</i> et <i>d</i> ».</p>		
	<p>III. - Les dispositions du présent article sont applicables aux revenus versés en application d'accords mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail à compter du 1^{er} janvier 2001.</p>		
	<p>Art. 24</p>	<p>Art. 24</p>	<p>Art. 24</p>
<p>Art. L. 245-16. - I. -</p>	<p>I. - Le II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>	<p>Sans modification</p>	<p><i>Supprimé</i></p>
<p>II. - Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :</p>	<p>« II. - Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :</p>		
<p>- 49 % au fonds mentionné à l'article L. 135-6 ;</p>	<p>« - 20 % à la première section du Fonds de solidarité vieillesse, mentionnée à l'article L. 135-2 ;</p>		
<p>- 8 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;</p>	<p>« - 50 % au fonds mentionné à l'article L. 135-6 ;</p>		
<p>- 30 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;</p>	<p>« - 30 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. »</p>		
<p>- 13 % à la Caisse nationale des allocations familiales.</p>			
<p>Art. L. 135-3. - Les recettes du fonds affectes au financement des dépenses mentionnées à l'article L. 135-2 sont constituées par :</p>	<p>II. - Après le 5° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 6° ainsi rédigé :</p>		

Textes en vigueur

—

Texte du projet de loi

—

« 6° Une fraction, fixée
à l'article L. 245-16, des
prélèvements sociaux prévus
aux articles L. 245-14 et
L. 245-15. »

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

—

**Propositions de la
Commission**

—

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 241-2. - Les ressources des assurance maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :</p> <p>.....</p>	<p>III. - A l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le 3° est abrogé.</p> <p>IV. - Les dispositions du présent article sont applicables aux versements à recevoir par les organismes visés au II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2001.</p>	<p>Art. 25</p>	<p>Art. 25</p> <p><i>I. - Avant l'article L.135-6 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 135-5-1 ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Art. L. 135-5-1. - Il est créé un établissement public de l'Etat à caractère administratif dénommé Fonds de réserve pour les retraites. Sa mission est de gérer les sommes qui lui sont affectées afin de constituer des réserves destinées à consolider le financement des régimes obligatoires de base de retraite.</i></p> <p><i>« Ce fonds est doté d'un comité de surveillance, chargé de déterminer les orientations générales de la politique de placement des actifs du fonds, en respectant les objectifs et l'horizon d'utilisation de ses ressources, et d'un directoire responsable, devant le comité de surveillance, de la mise en œuvre de cette politique.</i></p>
<p>3° Une fraction des prélèvements sociaux mentionnés aux articles L. 245-14 et L. 245-15.</p>	<p>Art. 25.</p>	<p>Art. 25</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>LIVRE 1 Généralités. Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base TITRE 3 Dispositions communes relatives au financement CHAPITRE 5 Fonds de solidarité vieillesse SECTION 2 Fonds de réserve <i>Art. L. 135-6.</i> - Les recettes du fonds affectées aux missions définies au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 sont constituées par :</p> <p>1° Une fraction, fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité à la charge des sociétés visé au deuxième alinéa de l'article L. 651-2-1 ;</p>			<p><i>« Chaque année avant le 30 juin, le Comité de surveillance remet au Parlement un rapport détaillé sur les orientations de gestion du fonds et les résultats obtenus. Ce rapport rend compte notamment des appels d'offres auxquels il a été procédé pour l'attribution des mandats de gestion administrative ou financière, ainsi que des conditions et modalités d'exercice des droits de vote attachés aux titres en capital. Ce rapport est rendu public.</i></p> <p><i>« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application de cet article. »</i></p> <p><i>II. - Le IV de l'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n°98-1194 du 23 décembre 1998) est abrogé à l'exception de son 6°.</i></p> <p><i>III. - L'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</i></p> <p><i>1°) Dans le premier alinéa, les mots : « affectées aux missions définies au 2^{ème} alinéa de l'article L. 135-1 » sont supprimés.</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>2° Tout ou partie du résultat excédentaire de la première section, dans des conditions fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget ;</p>	<p>Les 3°, 3° bis et 4° de l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les 3° à 7° ainsi rédigés :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>2°) Dans le troisième alinéa (2°), les mots : « première section » sont remplacés par les mots : « fonds mentionné à l'article L. 135-1 ».</p>
<p>3° Les montants résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 ;</p>	<p>« 3° Les montants résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>3° bis Une fraction égale à 49 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16 ;</p>	<p>« 4° Une fraction égale à 50 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16 ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>4° Toute ressource affectée au fonds de réserve en vertu de dispositions législatives.</p>	<p>« 5° Les versements du compte d'affectation institué par le II de l'article 23 de la loi de finances pour 2001 (n° du) ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>4° Toute ressource affectée au fonds de réserve en vertu de dispositions législatives.</p>	<p>« 6° Toute autre ressource affectée au fonds de réserve ;</p>	<p>« 6° Touteréserve en vertu de dispositions législatives ;</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>Code des pensions de retraite des marins français du commerce, de pêche ou de plaisance</p>	<p>« 7° Le produit des placements effectués au titre du fonds de réserve. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>Art. L. 12. - Entrent également en compte pour la pension :</p>	<p>Art. 26</p>	<p>Art. 26</p>	<p>Art. 26</p>
<p>..... 11° Le temps passé dans les activités mentionnées aux 7° et 10° dès lors que le marin est reconnu atteint d'une infirmité le mettant dans l'impossibilité absolue et définitive de continuer l'exercice de la navigation.</p>	<p>I. - A l'article L. 12 du code des pensions de retraite des marins, il est ajouté un 12° ainsi rédigé :</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
<p></p>	<p>« 12° Dans des limites fixées par voie réglementaire, les périodes pendant</p>	<p></p>	<p></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 41. - Tous les services à bord des navires de commerce ou de pêche par des marins français, par des agents du service général ainsi que par des marins n'ayant pas la nationalité française et tous les services (autres que les services à l'Etat) et les périodes de privation d'emploi mentionnées à l'article L. 12 (9°) qui sont de nature à ouvrir droit au bénéfice des pensions ou allocations servies par la caisse de retraites, donnent lieu, de la part des propriétaires ou armateurs de navires de mer ou de la part des employeurs, à un versement calculé en fonction des salaires des marins et destiné à l'alimentation de la caisse.</p>	<p>lesquelles un marin a perçu une pension d'invalidité en raison d'une maladie ou d'un accident non professionnels. »</p> <p>II. - Le premier alinéa de l'article L. 41 du code des pensions de retraite des marins est ainsi rédigé :</p> <p>« Tous les services accomplis à bord des navires de commerce, de pêche, de culture marines ou de plaisance par des marins et tous les services non embarqués qui sont de nature à ouvrir droit au bénéfice des pensions ou allocations servies par la caisse de retraite des marins, à l'exception des services à l'Etat et des périodes visées aux 9° et 12° de l'article L. 12, donnent lieu, de la part des propriétaires ou armateurs de navires de mer ou de la part des employeurs, à un versement calculé en fonction des salaires des marins et destiné à l'alimentation de la caisse. »</p>	<p>Art. 27</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 27</p> <p>I. - L'article abrogé.</p>
<p>Code rural</p>	<p>Art. 27</p>	<p>Art. 27</p>	<p>Art. 27</p>
<p>Art. L. 726-3. - Il est créé un fonds additionnel d'action sociale destiné à apporter une contribution supplémentaire aux caisses départementales et pluridépartmentales de mutualité sociale agricole en vue de leur permettre de développer leur action concernant les services ménagers pour les personnes âgées.</p> <p>Ce fonds est alimenté par un prélèvement sur le produit des cotisations affectées aux dépenses complémentaires prévues à</p>	<p>L'article L. 726-3 du code rural est abrogé.</p>	<p>Sans modification</p>	<p>I. - L'article abrogé.</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'article L. 731-10, au titre des régimes d'assurance vieillesse des salariés et des non-salariés agricoles.</p> <p>Le budget de ce fonds est fixé annuellement par un arrêté du ministre chargé de l'agriculture et du ministre chargé du budget, au vu de propositions du conseil central d'administration de la mutualité sociale agricole et après avis du Conseil supérieur des prestations sociales agricoles. Cet arrêté détermine également le montant du prélèvement, la part prélevée sur chacun des régimes des salariés et des non-salariés et la répartition des crédits entre les caisses de mutualité sociale agricole.</p> <p>A l'occasion de l'examen du budget, un rapport est présenté au Conseil supérieur des prestations sociales agricoles sur l'effort accompli par les caisses, dans le cadre de leur action sanitaire et sociale, concernant les services ménagers pour les personnes âgées, les actions qu'elles mènent à ce titre et l'utilisation des crédits mis à leur disposition par le fonds pour l'année précédente.</p> <p>Le fonds prévu au présent article est géré par la mutualité sociale agricole.</p>	<p>Section 3</p> <p>Branche maladie</p> <p>Art. 28</p> <p>I. - A. - Au chapitre V du titre I^{er} du livre VI du code</p>	<p>Section 3</p> <p>Branche maladie</p> <p>Art. 28</p> <p>I. - A. - Alinéa sans modification</p>	<p><i>II. - Le solde du Fonds additionnel d'action sociale est affecté à des actions sanitaires et sociales.</i></p> <p>Section 3</p> <p>Branche maladie</p> <p>Art. 28</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 615-14. - Les prestations de base comportent la couverture, dans les cas de maladie, d'accident et de maternité :</p>	<p>de la sécurité sociale, l'article L. 615-14 est ainsi rédigé :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>1° des frais de médecine générale et spéciale ;</p>	<p>« Art. L. 615-14. - Les prestations de base servies aux ressortissants du régime institué par le présent livre en cas de maladie ou d'accident sont celles prévues aux 1°, 2°, 3°, 4°, 6°, 7° et 8° de l'article L. 321-1 et, en cas de maternité, celles prévues à l'article L. 331-2.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>2° des frais de soins dentaires, ainsi que des frais de prothèses dentaires relatifs à la prestation d'appareils fonctionnels et thérapeutiques ou nécessaires à l'exercice d'une profession ;</p>	<p>« A cet effet, il est fait application des dispositions prévues aux articles L. 322-2, L. 322-3 et L. 332-1 à L. 332-3. »</p>	<p>« Les assurés malades ou blessés de guerre, relevant du présent livre, qui bénéficient, au titre de la législation des pensions militaires, d'une pension d'invalidité sont dispensés pour eux personnellement du pourcentage de participation aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres pour les maladies, blessures ou infirmités non mentionnées par la législation sur les pensions militaires. »</p>	
<p>3° des frais pharmaceutiques ;</p>			
<p>4° des frais d'appareils d'orthopédie et de prothèse, y compris les frais d'optique ;</p>			
<p>5° des frais d'analyses et examens de laboratoire ;</p>			
<p>6° des frais d'hospitalisation et de traitement dans les établissements de soins et de cure, publics ou privés</p>			
<p>7° des frais d'intervention chirurgicale ;</p>			
<p>8° des frais de cure thermale ;</p>			
<p>9° des frais afférents aux vaccinations dont la liste est fixée par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la santé ;</p>			
<p>10° des frais de transport dans les conditions prévues par le 2° de l'article L. 321-1 ;</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>11° des frais afférents aux examens médicaux prescrits en application de l'article L. 153 du code de la santé publique;</p> <p>12° des frais relatifs aux actes d'investigation exécutés ou réalisés à des fins de dépistage.</p> <p>Font également partie des prestations de base :</p> <p>1° la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs, ainsi que les frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptives ;</p> <p>2° la couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse effectuée dans les conditions prévues à la section I du chapitre III <i>bis</i> du titre Ier du livre II du code de la santé publique ;</p> <p>3° la couverture, sur décision de la commission d'éducation spéciale créée par l'article 6 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, des frais d'hébergement et de traitement des enfants ou adolescents handicapés dans les établissements d'éducation spéciale et professionnelle, ainsi que celle des frais de traitement concourant à cette éducation dispensée en dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'Etat en application de l'article 5 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975 ;</p> <p>4° la couverture des frais exposés dans les établissements et services concourant à l'éducation ou à la rééducation, à la réadaptation et au reclassement des adultes</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>handicapés, en conformité des décisions prises par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel prévue à l'article L. 323-11 du code du travail ;</p>	<p>B. - Au chapitre V du titre I^{er} du livre VI du code de la sécurité sociale, la sous-section 2 de la section 3 est abrogée.</p>	<p>B. - Alinéa sans modification</p>	
<p>SOUS-SECTION 2 Assurance maladie</p>	<p>C. - La sous-section 3 de la section 3 du chapitre V du titre I^{er} du livre VI du même</p>	<p>C. - Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 615-15. - Les assurés participent aux dépenses résultant de l'application des tarifs des frais remboursés. Les modalités de cette participation qui peut, dans certains cas, être réduite ou supprimée, sont fixées par décret.</p>			
<p>Art. L. 615-16. - Le remboursement des prestations peut subir un abattement dont le montant et la périodicité sont fixés par décret. Cet abattement peut, dans certains cas, être réduit ou supprimé.</p>			
<p>Art. L. 615-17. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des 7°, 8° et 9° de l'article L. 322-3 aux ressortissants du régime institué par le présent titre.</p>			
<p>Art. L. 615-18. - Le bénéfice des 10°, 11°, 12° et 16° de l'article L. 322-3 est étendu par décret aux personnes qui relèvent du régime institué par le présent titre.</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>SOUS-SECTION 3 Assurance maternité</p>	<p>code, qui devient la sous-section 2, est intitulée : « Dispositions particulières relatives à l'assurance maternité ».</p>	<p>II. - Lorsqu'une ...</p>	
<p>Art. L. 615-12. - Les dispositions du chapitre II du titre VI du livre F^r ainsi que les articles L. 314-1, L. 322- 1 et L. 332-3 sont applicables au régime institué par le présent titre selon les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat</p>	<p>II. - Lorsqu'une personne est titulaire d'un contrat ou d'une adhésion souscrit auprès d'un organisme de protection complémentaire avant le 1^{er} janvier 2001, pour la part non prise en charge par le régime des travailleurs non salariés au titre des prestations en nature des assurances maladie et maternité, elle obtient à sa demande et à tout moment pour le contrat ou l'adhésion en cours la résiliation totale de la garantie initialement souscrite auprès dudit organisme.</p> <p>Les cotisations ou primes afférentes aux adhésions ou contrats résiliés sont remboursés par les organismes qui les ont perçues, au prorata de la durée de l'adhésion ou du contrat restant à courir.</p>	<p>... 1^{er} janvier 2001 qui n'aurait pas consenti à une baisse de cotisation, pour la part ...</p>	<p>sans</p>
<p>Art. L. 162-31-1. - I. - Pendant une durée de cinq ans à compter de la publication de</p>	<p>III. - A l'article L. 615-12 du code de la sécurité sociale, après la référence : « L. 322-1 », est insérée la référence : « L. 324-1 ».</p> <p>Art. 29</p> <p>Dans la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « Pendant une durée de cinq ans à compter de la</p>	<p>... organisme.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>III. - Non modifié</p> <p>Art. 29</p> <p>L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Dans ladu I, les mots : ...</p>	<p>Art. 29</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996, des actions expérimentales sont menées dans le domaine médical ou médico-social sur l'ensemble du territoire, en vue de promouvoir, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance maladie concerné, des formes nouvelles de prise en charge des patients et d'organiser un accès plus rationnel au système de soins ainsi qu'une meilleure coordination dans cette prise en charge, qu'il s'agisse de soins ou de prévention.</p> <p>.....</p>	<p>publication de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 » sont remplacés par les mots : « Jusqu'au 31 décembre 2001 ».</p>	<p>... décembre 2006 ».</p>	
<p>Les projets d'expérimentation peuvent être présentés par toute personne physique ou morale. Ils sont agréés par l'autorité compétente de l'Etat, compte tenu de leur intérêt médical et économique, après avis d'un conseil d'orientation comprenant notamment des représentants des organismes d'assurance maladie ainsi que des professions et établissements de santé.</p> <p>.....</p>		<p>2° (nouveau) Le sixième alinéa du I est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
		<p>« Les projets d'expérimentation peuvent être présentés par toute personne physique ou morale. Leur agrément est prononcé compte tenu de leur intérêt médical et économique, dans les conditions suivantes :</p>	
		<p>« - les projets d'intérêt régional sont agréés par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, sur rapport du directeur de l'union régionale des caisses d'assurance-maladie ;</p>	
		<p>« - les autres projets sont agréés par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé après avis d'un conseil d'orientation comprenant notamment des représentants des organismes d'assurance maladie ainsi que des professionnels et établissements de santé. » ;</p>	
<p>II. - Pour la mise en œuvre des actions décrites au I, il peut être dérogé aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :</p>		<p>3° (nouveau) Au premier alinéa du II, les mots : « il peut être dérogé » sont remplacés par les mots : « la décision d'agrément peut</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission	
<p>.....</p> <p>1° Articles L. 162-5 et L. 162-5-2 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux médecins par les assurés sociaux ;</p> <p>.....</p>		<p>déroger » ;</p> <p>4° (<i>nouveau</i>) Au II, le 1° est ainsi rédigé :</p> <p>« 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. 162-15-2 et L. 162-15-3 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ; »</p> <p>5° (<i>nouveau</i>) Le III est remplacé par un III, un IV et un V ainsi rédigés :</p> <p>« III. La décision d'agrément de tout réseau de santé doté de la personnalité morale peut en outre autoriser l'assurance maladie à financer tout ou partie des dépenses du réseau, y compris les frais exposés pour organiser la coordination et la continuité des soins ainsi que les produits et prestations qu'ils délivrent, sous la forme d'un règlement forfaitaire. Dans cette hypothèse, la part financée par l'assurance maladie est versée directement à la structure gestionnaire du réseau. Le niveau et les modalités de versement de ce règlement ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux sont fixés par la décision d'agrément.</p> <p>« IV. - Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de l'application des dispositions du présent article sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au</p>	Alinéa modification	sans
			Alinéa modification	sans

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Art. 30</p>	<p>4° du I de l'article L.O. 111-3 »</p>	<p>« V. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article ainsi que les modalités d'évaluation de ces actions. »</p>
<p>Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale</p>	<p>Art. 30</p>	<p>Art. 30</p>	<p>Art 30</p>
<p>Art. 25. -</p>	<p>I. - Le III de l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est ainsi rédigé :</p>	<p>I. - <i>Supprimé</i></p>	<p>Sans modification</p>
<p>III. - Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et pour 1999 à 500 millions de francs. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>« III. - Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe chaque année, compte tenu du montant de dépenses autorisées chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et des crédits non consommés au titre des exercices antérieurs, le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette participation est répartie entre les différents régimes dans les conditions définies à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale. Les modalités selon lesquelles est calculé, pour l'application des présentes dispositions, le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, sont déterminées par arrêté interministériel. »</p>	<p>II. - Pour 2001, dépenses du fonds mentionné à l'article 25 de la loi de financement ...</p>	
	<p>II. - Pour 2001, le montant total des dépenses mentionné au III de l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE V Contentieux du contrôle technique SECTION 1 Dispositions générales</p> <p>Art. L. 145-1. - Les fautes, abus, fraudes et tous faits intéressant l'exercice de la profession, relevés à l'encontre des médecins, chirurgiens-dentistes ou sages-femmes à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux, sont soumis en première instance à une section du conseil régional de discipline des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou conseils interrégionaux de discipline des sages-femmes dite section des assurances sociales du conseil régional de discipline et, en appel, à une section distincte de la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, dite section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>financement de la sécurité sociale pour 1999 est fixé à 700 millions de francs.</p> <p style="text-align: center;">Art. 31</p> <p>I. - Le chapitre V du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est intitulé :</p> <p style="text-align: center;">« CHAPITRE V « Règlement des litiges avec les professionnels de santé ».</p> <p>II. - Dans la section 1 du chapitre V du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, sont insérés les articles L. 145-1 à L. 145-2 ainsi rédigés :</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 145-1. - Les fautes, fraudes, abus et tous manquements aux obligations découlant pour un professionnel de santé des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale, relevés à son encontre à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux sont soumis à la procédure prévue aux articles L. 145-1-1 à L. 145-2.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>... pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est fixé de francs.</p> <p style="text-align: center;">Art. 31</p> <p style="text-align: center;"><i>Supprimé</i></p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Art. 31</p> <p style="text-align: center;"><i>Suppression maintenue</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des sages-femmes.</p>	<p>« Art. L. 145-1-1. - Lorsqu'une caisse relève à l'encontre d'un professionnel de santé les faits mentionnés à l'article L. 145-1, le directeur lui notifie son constat, qui comporte les éléments permettant d'apprécier la matérialité des faits reprochés et l'informe de son intention d'appliquer la procédure prévue aux articles L. 145-1-1 à L. 145-2.</p> <p>« Art. L. 145-1-2. - Le directeur de la caisse informe le professionnel de santé de la possibilité qui lui est offerte de recourir à une conciliation.</p> <p>« Lorsque les propositions du conciliateur recueillent l'accord des parties, cet accord fait l'objet d'un constat signé par celles-ci et par le conciliateur, qui s'impose au professionnel et à l'organisme d'assurance maladie.</p> <p>« Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux professionnels qui, dans les cinq ans qui précèdent l'ouverture de la procédure mentionnée à l'article L. 145-1-1, n'ont pas respecté les engagements pris à l'occasion d'une précédente conciliation ou qui ont fait l'objet des sanctions prévues au 4° du deuxième alinéa de l'article L. 145-1-3 et au 4° et 5° du deuxième alinéa de l'article L. 145-2.</p> <p>« Art. L. 145-1-3. - A défaut de conciliation, ou si les modalités proposées par le conciliateur ne sont pas acceptées par l'une des parties, la caisse informe le professionnel de la suite qu'elle entend réserver au</p>		

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la
Commission**

litige et sollicite ses observations. La caisse peut, en fonction de la gravité des faits reprochés, prononcer l'une des mesures prévues ci-dessous ou saisir la section des assurances sociales du conseil régional ou interrégional mentionnée à l'article L. 145-6.

« Peuvent être prononcées par la caisse, en application de l'alinéa précédent, les mesures suivantes :

« 1° La mise en garde ;

« 2° La suspension des dépassements d'honoraires autorisés le cas échéant par la convention, pour une durée maximale d'un an ;

« 3° Une pénalité financière dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale ;

« 4° La suspension du conventionnement pour une durée maximale de trois mois ;

« La mesure prévue au 4° peut être assortie du sursis.

« La pénalité prévue au 3° peut être imputée sur la participation des caisses prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4.

« La mesure prononcée par la caisse est exécutoire à compter de sa notification au professionnel.

« Le professionnel de santé auquel est appliquée la sanction prévue au 4° peut former un recours devant le président de la section des assurances sociales du conseil régional qui peut, dans un délai de quarante huit heures, prononcer la suspension de cette décision lorsqu'elle est de nature à porter une atteinte grave et irréparable à l'exercice du professionnel concerné. La décision rendue

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 145-2. - Les sanctions susceptibles d'être prononcées par le conseil régional ou interrégional ou par la section spéciale des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes sont :</p>	<p>par le président est susceptible d'appel devant le président de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre qui statue dans un délai identique.</p> <p>« Les mesures prononcées par les caisses sont susceptibles de recours devant la section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre mentionnée à l'article L. 145-6, qui peut soit confirmer la décision prise par la caisse, soit l'annuler, soit prononcer l'une des sanctions prévues à l'article L. 145-2.</p> <p>« Art. L. 145-2. - Lorsque la caisse décide, en application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 145-1-3, et en raison de la gravité des faits reprochés au professionnel, de solliciter une sanction relevant de la compétence de la section des assurances sociales du conseil régional ou interrégional, elle saisit celle-ci de sa demande en lui transmettant l'ensemble des éléments de la procédure en sa possession. Il en est de même lorsque la caisse constate, à l'occasion des soins dispensés par le professionnel aux assurés sociaux, des manquements aux règles applicables à l'exercice de sa profession.</p> <p>« La demande est soumise en première instance à une section du conseil régional de discipline des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou conseils interrégionaux de discipline des sages-femmes dite section des assurances sociales du conseil régional de discipline et, en appel, à une section distincte de la section disciplinaire du</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>1° L'avertissement ;</p> <p>2° Le blâme, avec ou sans publication ;</p> <p>3° L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux ;</p> <p>4° Dans le cas d'abus d'honoraires, le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.</p>	<p>conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, dite section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des sages-femmes.</p> <p>« Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales du conseil régional ou par la section spéciale du conseil national des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, sont :</p> <p>« 1° Le blâme ;</p> <p>« 2° La suspension ou la suppression des dépassements d'honoraires autorisés le cas échéant par la convention ;</p> <p>« 3° Une pénalité financière au bénéfice de l'assurance maladie dans la limite du double du plafond annuel de la sécurité sociale ;</p> <p>« 4° La suspension du conventionnement pour une durée maximale d'un an ;</p> <p>« 5° L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux.</p> <p>« Dans le cas d'abus d'honoraires, la section des assurances sociales peut ordonner le remboursement à</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Les sanctions prévues aux 3° et 4° ci-dessus peuvent faire l'objet d'une publication.</p>	<p>l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.</p>		
<p>Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification au médecin d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction mentionnée au 3°, elle peut décider que la sanction pour la partie assortie du sursis devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.</p>	<p>« La section des assurances sociales peut assortir les sanctions prévues ci-dessus de leur publication.</p>		
<p>Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.</p>	<p>« Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction prévue au 5°, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.</p>		
<p>Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 423 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut être seule mise à exécution.</p>	<p>« Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.</p>		
<p>Les décisions devenues définitives ont force exécutoire. Elles doivent, dans le cas prévu au 3° du premier alinéa, ou si le jugement le prévoit, faire l'objet d'une publication par les soins des organismes de sécurité sociale.</p>	<p>« Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut seule être mise à exécution. »</p>		
<p>Art. L. 145-6. - La</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>section des assurances sociales du conseil régional ou interrégional de l'ordre est une juridiction. Elle est présidée par un membre du corps des tribunaux administratifs et des cours administratives d'appel en activité nommé par le vice-président du Conseil d'Etat au vu des propositions du président de la cour administrative d'appel dans le ressort duquel se trouve le siège du conseil régional ou interrégional. Le cas échéant, deux présidents suppléants peuvent être nommés dans les mêmes conditions.</p> <p>.....</p>	<p>III. - Au premier alinéa de l'article L. 145-6 du code de la sécurité sociale, les mots : « deux présidents suppléants » sont remplacés par les mots : « un ou plusieurs présidents suppléants ».</p>		
<p>Art. L. 145-7. - La section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins est présidée par un conseiller d'Etat nommé, en même temps que deux conseillers d'Etat suppléants, par le garde des sceaux, ministre de la justice. Elle comprend un nombre égal d'assesseurs membres de l'ordre et d'assesseurs représentant des organismes de sécurité sociale, nommés par l'autorité compétente de l'Etat sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p> <p>.....</p>	<p>IV. - Au premier alinéa de l'article L. 145-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « que deux conseillers d'Etat suppléants » sont remplacés par les mots : « qu'un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants ».</p>		
	<p>V. - Après l'article L. 145-7 du code de la sécurité sociale est inséré un article L. 145-7-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 145-7-1. - Les assesseurs représentant les organismes de sécurité sociale au sein des sections des assurances sociales visées aux articles L. 145-6 et L. 145-7 ne peuvent être chargés, dans l'exercice des fonctions qui</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
SECTION IV Dispositions diverses	leurs sont confiées au sein de ces organismes, du contrôle des actes effectués par les professionnels de santé. »		
	VI. - A la section 4 du chapitre V du titre IV du livre I ^{er} du code de la sécurité sociale, sont insérés les articles L. 145-10 et L. 145-11 ainsi rédigés :		
	« Art. L. 145-10. - Le fonctionnement des sections des assurances sociales mentionnées aux articles L. 145-6 et L. 145-7 donne lieu au versement d'une participation financière des régimes obligatoires d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail.		
	« Art. L. 145-11. - Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »		
	VII. - Après l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, est inséré un article L. 133-5 ainsi rédigé :		
	« Art. L. 133-5. - Pour le recouvrement des sommes exigées d'un professionnel de santé au titre des articles L. 133-4, L. 145-1-3 et L. 145-2, la caisse peut faire usage des prérogatives et règles applicables par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. La caisse peut également, lorsqu'elle est redevable au professionnel d'honoraires, déduire la somme des montants dus. »		
Art. L. 133-4. - Pour son recouvrement, l'indu est assimilé à une cotisation de sécurité sociale.	VIII. - Le troisième alinéa de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale est abrogé.		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>.....</p> <p>Art. L. 162-5-7. - La caisse primaire d'assurance maladie peut décider de placer un médecin hors de la convention pour violation des engagements prévus par celle-ci ; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par la convention, lui permettant notamment de présenter ses observations ; elle ne fait pas obstacle à l'application éventuelle des dispositions de l'article L. 133-4 et du chapitre V du titre IV du présent livre.</p>	<p>IX. - A l'article L. 162-5-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « pour violation des engagements prévus par celle-ci » sont remplacés par les mots : « s'il ne remplit pas les conditions d'honorabilité prévues par celle-ci ».</p>		
	<p>X. - Après l'article L. 162-34 du code de la sécurité sociale, est inséré un article L. 162-34-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-34-1. - Les conventions prévues au présent chapitre ne peuvent contenir de dispositions prévoyant des sanctions pour les professionnels, à l'exception de celles qui sont indispensables au respect par le professionnel de santé d'engagements spécifiques définis par ces conventions et n'entrant pas dans le champ défini à l'article L. 145-1. »</p>		
<p>Art. L. 162-5-2. - La ou les conventions prévoient la possibilité de mettre à la charge du médecin dont la pratique ne respecte pas les références médicales prévues au 6° de l'article L. 162-5 et au 3° de l'article L. 162-6-1 (<i>abrogé</i>) tout ou partie des cotisations prévues aux articles L. 722-4 et L. 645-2 ou de la prise en charge prévue à l'article L. 162-5-11. Elles fixent les conditions dans lesquelles le médecin présente ses observations.</p> <p>Lorsque la ou les</p>	<p>XI. - Les articles L. 162-5-2, L. 162-12-16 et L. 315-3 du code de la sécurité sociale sont abrogés.</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>conventions nationales prévoient la possibilité pour un médecin de pratiquer des tarifs différents de ceux qu'elles fixent, elles déterminent les modalités selon lesquelles le médecin dont la pratique ne respecte pas les références médicales visées à l'alinéa précédent acquitte une contribution d'un montant équivalent aux cotisations des caisses qui auraient été remises à sa charge s'il lui avait été fait application de l'alinéa précédent.</p>			
<p>Cette contribution est assise sur les revenus professionnels servant de base au calcul de la cotisation personnelle d'allocations familiales. Elle est recouvrée par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations personnelles d'allocations familiales. Le produit de cette contribution est réparti entre les régimes d'assurance maladie dans les conditions prévues par l'article L. 162-5-11.</p>			
<p>Art. L. 162-12-16. - La ou les conventions mentionnées à l'article L. 162-5, ou, le cas échéant, le règlement mentionné à l'article L. 162-5-9, instituent un comité médical paritaire local composé pour moitié de représentants des caisses et pour moitié de représentants des organisations syndicales de médecins liées par convention avec des organismes d'assurance maladie. Ce comité est chargé notamment d'instruire les dossiers qui lui sont soumis</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>concernant le respect des références mentionnées à l'article L. 162-5 ou, le cas échéant, des références figurant dans le règlement mentionné à l'article L. 162-5-9.</p>			
<p>Le comité médical paritaire local entend le médecin mis en cause et se prononce par un vote dans un délai fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p>			
<p>A défaut de mise en place du comité médical paritaire local ou à défaut d'un avis rendu dans le délai prévu ou en cas de partage égal des voix, le comité médical régional mentionné à l'article L. 315-3 est saisi.</p>			
<p>Art. L. 315-3. - En cas de non-respect des règles d'établissement des feuilles de soins et des ordonnances destinées aux assurés reconnus atteints d'affections relevant des dispositions de l'article L. 324-1, en cas de non-respect des règles de prescription de médicaments définies à l'article L. 162-4, de non-respect des conditions de prise en charge des frais de transport visés au 2° de l'article L. 321-1 ou de non-respect des conditions prévues pour l'attribution des indemnités visées au 5° du même article, le service du contrôle médical saisit un comité médical régional composé de deux représentants désignés en son sein par la section correspondante de l'union des médecins exerçant à titre libéral, de deux médecins-conseils désignés par le service régional du contrôle médical et du médecin</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>inspecteur régional, ou de son représentant, qui en assure la présidence. Ce comité se prononce sur la matérialité des faits et les sanctions financières susceptibles d'être prises à l'encontre de l'auteur des actes ou des prescriptions irrégulières, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>L'avis rendu par le comité médical s'impose à la caisse et au professionnel concerné. Le montant des sanctions peut aller jusqu'au remboursement à la caisse de la dépense supportée par elle, au titre des actes et des prescriptions irréguliers.</p> <p>La mise en œuvre de ces sanctions ne fait pas obstacle à l'application des mesures pouvant être prises à l'égard du bénéficiaire de la prestation concernée, conformément au deuxième alinéa de l'article L. 315-2.</p> <p>Par dérogation aux dispositions de l'article L. 145-1, les litiges nés de l'application de ces dispositions sont portés devant les juridictions du contentieux général de la sécurité sociale.</p>	<p>XII. - Le 2° de l'article L. 142-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« 2° Aux règlements des litiges mentionnés aux articles L. 145-1 et L. 145-2 ».</p>		<p><i>Art. add. après l'article 31</i></p>
<p>SECTION 1 DU CHAPITRE 2 DU TITRE IV DU LIVRE 1^{ER} Dispositions générales</p>			
<p>Art. L. 142-3. - Les dispositions de l'article L. 142-2 ne sont pas applicables :</p> <p>.....</p> <p>2° Au contrôle technique exercé à l'égard des praticiens ;</p> <p>.....</p>			

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale

Propositions de la
Commission

I. - *L'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999) est abrogé.*

II. - *L'article L. 162-5-2 du code de la sécurité sociale est rétabli dans la rédaction antérieure à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999). Le I de cet article est complété par un alinéa ainsi rédigé :*

« Elle met en place les instruments de maîtrise médicalisée de nature à favoriser le respect de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses par l'ensemble des médecins conventionnés. »

III. - *L'article L. 162-5-3 du code de la sécurité sociale est rétabli dans la rédaction suivante :*

« Art. L. 162-5-3. - I. - Lorsque, à l'occasion de l'analyse annuelle des résultats de l'exercice, les parties conventionnelles constatent un dépassement de l'objectif prévisionnel, elles recensent les postes de dépenses concernés et arrêtent, dans l'annexe annuelle mentionnée à l'article L. 162-5-2, la liste des contrats régionaux d'objectifs et de moyens applicables à ces postes pour l'année suivante.

« Avant le 1^{er} mars de l'exercice suivant, les contrats régionaux d'objectifs et de moyens conclus dans chaque région par les représentants des

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale

Propositions de la
Commission

organisations signataires de la convention et les unions régionales de caisses d'assurance maladie fixent des objectifs pour chacun de ces postes en fonction :

« 1° Du respect des objectifs mentionnés aux troisième (1°) et quatrième (2°) alinéas de l'article L. 162-5-2 ;

« 2° De l'évolution, du niveau relatif et des caractéristiques de l'activité des médecins, notamment en ce qui concerne leurs prescriptions ;

« 3° Des évaluations réalisées par l'union des médecins exerçant à titre libéral et mentionnées à l'article 8 de la loi n° 93-8 du 4 janvier 1993 relative aux relations entre les professions de santé et l'assurance maladie ;

« 4° Des actions de formation médicale continue visées à l'article L. 367-2 ;

« 5° De l'importance des dépassements d'honoraires ;

« 6° Du respect des références médicales opposables.

« Chaque médecin est informé, dans un délai de huit jours, des éléments établis dans le contrat régional d'objectifs et de moyens.

« Un bilan d'application des contrats régionaux est effectué en fin d'exercice. Les partenaires conventionnels en tirent les conséquences dans le contenu de l'annexe annuelle prévue à l'article L. 162-5-2.

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. 162-15-3. -</p> <p>II. - Un rapport d'équilibre est établi par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la ou les autres caisses nationales d'assurance maladie concernées. En cas de désaccord entre les caisses de sécurité sociale, le rapport est établi sous la responsabilité de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et présente les positions de chacune des caisses. Il est transmis au Parlement ainsi qu'aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget au plus tard respectivement les 15 juillet et 15 novembre, accompagné, le cas échéant, des annexes modificatives mentionnées à l'article L 162-15-2 et des mesures déterminées par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie en application de l'avant-dernier alinéa du II de cet article.</p> <p>Le contenu du rapport est défini par un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la</p>		<p>Art. 31 bis (nouveau)</p> <p>« Le dernier alinéa du II de l'article L.162-15-3 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases</p>	<p>« II. - Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions dans lesquelles, en l'absence de dispositions conventionnelles prévues par le I ou en cas de carence des parties à la convention, les organismes du régime général de l'assurance maladie mettent en œuvre les dispositions prévues par le présent article. »</p> <p>Art. 31 bis</p> <p>Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.	Art. 32 I. - L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation reçoit une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; un décret en Conseil d'Etat détermine notamment les modalités de fixation et de révision de cette dotation globale par l'autorité compétente de l'Etat.	ainsi rédigées : « Le rapport transmis au plus tard le 15 novembre établit également un bilan des dépenses pour l'année en cours ainsi que des annexes modificatives et des mesures mentionnées prises en vertu de l'article L. 162-15-2. Les annexes et, le cas échéant, les mesures mentionnées au L. 162-15-2 accompagnant ce rapport tiennent compte de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article L.O. 111-3 proposé dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale déposé pour l'année suivante à l'Assemblée nationale.» Art. 32 I. - Les ressources de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation sont constituées notamment par : 1° Des subventions de l'Etat, ainsi que, le cas échéant, des subventions d'établissements publics de l'Etat, d'autres collectivités publiques ou de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l'Union européenne ou des organisations internationales ; 2° Une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L.174-2 du code de la sécurité	Art. 32 <i>Supprimé</i>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>II. - L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée au I du présent article est autorisée à conclure des contrats à durée indéterminée avec les agents contractuels de droit public qu'elle emploie.</p> <p>Art. 33</p> <p>I. - Il est créé un Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.</p> <p>II. - Ce fonds finance des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.</p> <p>A ce titre, il participe au financement :</p> <p>1° De contrats d'amélioration des conditions de travail ayant fait l'objet d'un accord négocié entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement au sens de l'article L. 6144-4 du code de la santé publique ;</p> <p>2° Des actions de modernisation sociale, notamment celles figurant dans</p>	<p>sociale ; un décret en Conseil d'Etat détermine notamment les modalités de fixation et de révision de cette dotation globale par l'autorité compétente de l'Etat ;</p> <p>3° Le produit des redevances de services rendus ;</p> <p>4° Les produits divers, dons et legs.</p> <p>II. - Non modifié</p> <p>Art. 33</p> <p>I. - Non modifié</p> <p>II. - Non modifié</p>	<p>Art. 33</p> <p>I. - Non modifié</p> <p>II. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>le volet social des contrats d'objectifs et de moyens ;</p> <p>3° Des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation.</p> <p>III. - Bénéficiaire du concours de ce fonds, les actions mentionnées au II ci-dessus entreprises par des établissements visés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ayant fait l'objet d'un agrément par le ou les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation compétents. Les établissements non visés par cet article peuvent également bénéficier, après agrément dans les conditions mentionnées précédemment, du concours du fonds dans le cadre d'opérations de coopération entre un ou plusieurs de ces établissements et un ou plusieurs établissements visés à l'article L. 174-1 du même code.</p> <p>IV. - Les ressources du fonds sont constituées par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté interministériel. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la</p>	<p>III. - Non modifié</p> <p>IV. - Les constituées par une participation des année par la loi de financement de la sécurité sociale et, pour 2001, à 300 millions de francs. La répartition sociale. Alinéa sans modification</p>	<p>III.- Bénéficiaire fonds, les établissements de santé publics et privés ayant fait l'objet d'un agrément compétents.</p> <p>IV. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998</p>	<p>modernisation sociale des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.</p>	V. - Non modifié	V. - Non modifié
<p>Art. 25. - I. - Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1er janvier 1998, un fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.</p>	<p>V. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.</p>	VI. - Non modifié	VI. - Non modifié
<p>II. - Le fonds finance, par la prise en charge d'aides destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels, l'accompagnement social des opérations de modernisation des établissements mentionnés au premier alinéa de l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale. Les établissements de santé non visés par cet article peuvent également bénéficier de ces aides dans le cadre d'opérations de regroupement mentionnées par l'article L. 712-8 du code de la santé publique entre l'un ou plusieurs de ces établissements et un ou plusieurs établissements visés par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale, dans la limite de la dotation du fonds. Sont éligibles aux aides du</p>	<p>VI. - L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997) est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au V.</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé les opérations agréées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation compétent dans le respect du schéma régional d'organisation sanitaire.</p>			
<p>III. - Les ressources du fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé sont constituées par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par décret.</p>			
<p>IV. - La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p>			
<p>V. - Les modalités d'application du présent article sont déterminées par voie réglementaire ; un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'intervention du fonds.</p>			
<p>VI. - Pour l'information du Parlement, le Gouvernement lui présente, chaque année, pendant six ans, un rapport rattaché à l'annexe visée au b du II de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale sur l'utilisation du fonds.</p>			
Code de la sécurité sociale	Art. 34	Art. 34	Art. 34
<p>Art. L. 162-22-3. - I -</p>	<p>I. - Le I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
<p>1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré, selon</p>	<p>1° Au 1°, après les mots : « des tarifs des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré », sont insérés les</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>les modalités prévues à l'article L. 162-22-2 ; ces évolutions peuvent être différentes pour certaines activités médicales ;</p>	<p>mots : « et des montants afférents aux forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>sans</p>
<p>2° Les variations maximale et minimale des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être alloués aux établissements par les agences régionales de l'hospitalisation selon les modalités définies par l'accord régional mentionné à l'article L. 162-22-4.</p>	<p>2° Au 2°, après les mots : « des tarifs des prestations », sont insérés les mots : « et des montants afférents aux forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>sans</p>
<p>A défaut d'accord dans le délai précité et au plus tard le 15 mars de l'année, un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les éléments mentionnés aux 1° et 2° ci dessus.</p>	<p>3° Après le 2°, sont insérés un 3° et un 4° ainsi rédigés :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>sans</p>
<p>Art. L. 162-22-4. -</p>	<p>« 3° Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-1 ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>sans</p>
<p>Cet accord détermine, en outre, compte tenu des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et des orientations de la conférence régionale de santé, les critères susceptibles d'être pris en</p>	<p>« 4° Le montant total des ressources qui peuvent être allouées au plan national au financement de nouveaux forfaits annuels créés dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-8, les critères présidant à la détermination du montant de chacun de ces forfaits et leur valeur unitaire. » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>sans</p>
<p>4° Au dernier alinéa du I, les mots : « mentionnés aux 1° et 2° ci-dessus » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 1° à 4° ci-dessus ».</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>compte pour accorder à certains établissements, notamment en vue de l'amélioration de la qualité des soins, des évolutions de tarifs différentes du taux moyen d'évolution arrêté dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 162-22-3.</p> <p>.....</p>	<p>II. - Le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Il détermine également, dans les mêmes conditions, les critères qui président à la modulation des taux d'évolution des forfaits visés à l'article L. 162-22-8. »</p>	<p>II. - Non modifié</p>	
<p>Art. L. 162-22-5. - I. Les tarifs des prestations de chaque établissement de santé privé mentionné à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens mentionné au même article.</p> <p>.....</p>	<p>III. - Au premier alinéa du I de l'article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale, après les mots : « les tarifs des prestations », sont insérés les mots : « ainsi que les forfaits annuels ».</p>	<p>III. - Non modifié</p>	
	<p>IV. - Après l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-8 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-22-8. - Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-1, l'activité de soins d'accueil et de traitement des urgences exercée par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique peut bénéficier d'un financement conjoint sous la forme de tarifs des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-1 du</p>	<p>IV. - Non modifié</p>	

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la
Commission**

même code et d'un forfait annuel versé par douzième dans les conditions prévues à l'article L. 174-18, à compter, lorsque celle-ci intervient en cours d'année, de la date de mise en œuvre de l'autorisation mentionnée au deuxième alinéa.

« Peuvent bénéficier de ce financement, les établissements ayant reçu une autorisation d'activité de soins d'accueil et de traitement des urgences, en application des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

« Ce forfait global annuel est pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie et à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement.

« La répartition des sommes versées aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique au titre de l'alinéa précédent, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au prorata des dépenses supportées par chacun de ces régimes pour lesdits établissements au titre de l'exercice précédent, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

Les présentes dispositions sont applicables à compter du 1^{er} mai 2001.

V. - Le premier alinéa

V. - Non modifié

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la santé publique</p>	<p>de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p>		
<p>Art. L. 6114-3. - Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 conclus avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 6114-2 déterminent par discipline les tarifs des prestations d'hospitalisation, dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale et conformément à un contrat type fixé par décret.</p> <p>.....</p>	<p>« Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 conclus avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 6114-2 déterminent par discipline les tarifs des prestations d'hospitalisation et le montant du forfait annuel. Ils sont conclus dans le respect des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5, L. 162-22-7 et L. 162-22-8. »</p>		
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>Art. 35</p> <p>Le montant du fonds mentionné au VIII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999) est fixé à 150 millions de francs pour l'année 2001.</p>	<p>Art. 35</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 35</p> <p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 174-15. - Les modalités des relations entre les organismes d'assurance maladie et le service de santé des armées ainsi que l'Institution nationale des invalides, en ce qui concerne la prise en charge des soins qu'ils dispensent, sont définies par voie réglementaire.</p>	<p>Art. 36</p> <p>I. - L'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 174-15. - Les dépenses du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article L.O. 111-3 sont financées sous la forme d'une dotation globale annuelle. Il en va de même de celles de l'Institution nationale des invalides. Chaque année, chacune de ces dotations globales est arrêtée en fonction de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie défini par l'article L. 174-1-1,</p>	<p>Art. 36</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 174-15. - Les dépenses ...</p> <p>... des invalides. Chaque année, le montant de chacune de ces dotations globales qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la</p>	<p>Art. 36</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">LIVRE 7 Régimes divers – Dispositions diverses TITRE 1 Régimes spéciaux CHAPITRE 3 Régime des militaires SECTION 4 Caisse nationale militaire de sécurité sociale Art. L. 713-20. - La caisse prévue à l'article L. 713-19 a pour rôle: 1°) de gérer les risques maladie, maternité, couverts dans les conditions prévues par le présent chapitre ; 2°) de coordonner son action sanitaire et sociale en faveur de ses ressortissants avec celle des services sociaux dépendant du ministère de la défense nationale.</p>	<p>et versée pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par une caisse-pivot désignée par arrêté interministériel. Pour la répartition entre les régimes d'assurance maladie, les sommes versées au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides s'ajoutent à celles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 174-2.</p> <p style="text-align: center;">« Les dispositions des articles L. 174-3 et L. 174-4 du présent code sont applicables au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides. »</p>	<p>sécurité sociale en fonction des dépenses des établissements de santé défini par l'article L. 174-1-1. Chacune de ces dotations globales est versée pour le compte ...</p> <p style="text-align: center;">...L. 174-2. Alinéa sans modification</p>	
<p style="text-align: center;">SECTION DU CHAPITRE 4 DU TITRE 7 DU LIVRE 1^{ER} Budget global et forfait</p>	<p style="text-align: center;">II. - L'article L. 713-20 du même code est complété par un 3° ainsi rédigé:</p> <p style="text-align: center;">« 3° D'assurer, le cas échéant, le rôle dévolu par l'article L. 174-2 à l'égard du service de santé des armées. »</p>	<p style="text-align: center;">II. - Non modifié</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">—</p> <p align="center">journalier</p>	<p align="center">—</p>	<p align="center">—</p>	<p align="center">—</p>
<p>Art. L. 174-1-1. - Ce montant total annuel est fixé par application d'un taux d'évolution aux dépenses de l'année précédente, au plus tard dans les quinze jours qui suivent la publication de la loi de financement de la sécurité sociale.</p>	<p>III. - Le deuxième alinéa de l'article L. 174-1-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Certaines des dépenses incluses dans l'objectif national mentionnées au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. »</p>	<p>III. - Non modifié</p>	
<p>Code de la santé publique</p>	<p>IV. - Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.</p>	<p>IV. - Non modifié</p>	
<p>Art. L. 6211-5. - Sous réserve des accords ou conventions susceptibles d'être passés avec des régimes ou des organismes d'assurance maladie ou des établissements hospitaliers publics ou privés et des contrats de collaboration visés au quatrième alinéa du présent article, les personnes physiques et les sociétés et organismes qui exploitent un laboratoire d'analyses de biologie médicale ne peuvent consentir à des tiers, sous quelque forme que ce soit, des ristournes pour les analyses ou examens dont ils sont chargés interdiction.</p>		<p>Art. 36 bis (nouveau)</p>	<p>Art. 36 bis</p>
		<p>Après le premier alinéa de l'article L. 6211-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>Supprimé</p>
		<p>« Toutefois, les prélèvements que sont habilités à effectuer les professionnels de santé, les établissements de santé et les centres de santé ne disposant pas de laboratoire d'analyses de biologie médicale peuvent</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p style="text-align: center;">Art. 37</p> <p>I. - Les interventions pouvant relever des organismes publics ou privés mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales ou médico-sociales comportent notamment l'hébergement, à titre temporaire, des personnes en situation de précarité nécessitant un traitement et un suivi médical, psychologique et social, infectées par le virus de l'immunodéficience humaine, ou atteintes par des maladies chroniques sévères.</p> <p>II. - Les appartements de coordination thérapeutique assurant les missions définies au I du présent article relèvent des dispositions du premier alinéa de l'article 3 de la loi du 30 juin 1975 précitée.</p> <p>III. - Les dépenses de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique mentionnés au II du présent article sont prises en charge par les régimes de l'assurance maladie, sans préjudice d'une participation des collectivités locales.</p> <p>Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>IV. - Les gestionnaires d'appartements de coordination thérapeutique bénéficiaires d'un agrément</p>	<p style="text-align: center;">Art. 37</p> <p>I. - Aux interventions définies à l'article 1^{er} de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales s'ajoute l'hébergement, à ...</p> <p style="text-align: center;">... sévères.</p> <p>II. - Les ...</p> <p style="text-align: center;">... dispositions de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée.</p> <p>III. - Alinéa sans modification</p> <p>Les modalités d'application des I, II et III du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>IV. - Les ...</p>	<p style="text-align: center;">Art. 37</p> <p>I. - L'article 1^{er} de la loi ...</p> <p style="text-align: center;">... médico-sociales est complété par un 7° ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« 7° L'hébergement,...</p> <p style="text-align: center;">... sévères. »</p> <p>II. - <i>Après le onzième alinéa de l'article 3 de la même loi, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</i></p> <p style="text-align: center;">«10° Appartements de coordination thérapeutique. »</p> <p>III. - Supprimé</p> <p>IV. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la santé publique</p> <p>Art. L. 5122-6. - La publicité auprès du public pour un médicament n'est admise qu'à la condition que ce médicament ne soit pas soumis à prescription médicale, qu'il ne soit pas remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie et que l'autorisation de mise sur le marché ou l'enregistrement ne comporte pas de restrictions en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique.</p> <p>Toutefois, les campagnes publicitaires pour des vaccins ou les médicaments mentionnés à l'article L. 5121-2 peuvent s'adresser au public.</p> <p>.....</p>	<p>sur le fondement de l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale à la date de publication de la présente loi disposent, à compter de cette même date, d'un délai d'un an pour solliciter l'autorisation mentionnée aux articles 3 et 9 de la loi du 30 juin 1975 précitée. L'agrément devient caduc si cette autorisation n'a pas été sollicitée à l'expiration de ce délai.</p> <p>V. - Les centres mentionnés au 9° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée peuvent assurer leurs missions dans les centres mentionnés à l'article 185 du code de la famille et de l'aide sociale.</p>	<p>... l'autorisation mentionnée à l'article 9 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée et selon la procédure fixée par l'article 3 de la même loi. L'agrément devient caduc si cette autorisation n'a pas été sollicitée à l'expiration de ce délai.</p> <p>V. - Non modifié</p>	<p>V. - Non modifié</p>
<p>Art. 38</p>	<p>Art. 38</p>	<p>Art. 38</p>	<p>Art. 38</p>
<p>Après le deuxième alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique, sont insérées les dispositions suivantes :</p> <p>« Lorsqu'un médicament est radié de la liste mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la</p>	<p>Après le deuxième alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique, sont insérées les dispositions suivantes :</p> <p>« Lorsqu'un médicament est radié de la liste mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la</p>	<p>I. - Après le ...</p> <p>... sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Lorsqu'un médicament ...</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>« Lorsqu'un médicament ...</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 5422-5. - Est punie de 250 000 F d'amende toute publicité au sens de l'article L. 5122-1 effectuée auprès du public pour un médicament :</p> <p>.....</p> <p>2° Remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie ;</p> <p>.....</p>	<p>sécurité sociale, la décision de radiation peut prévoir que le médicament peut faire, avant l'entrée en vigueur de cette décision et dans des conditions fixées par décret, l'objet de publicité auprès du public. Ces dispositions s'appliquent sous réserve :</p> <p>« a) Que le médicament ne soit pas soumis à prescription médicale et que son autorisation de mise sur le marché ou son enregistrement ne comporte pas de restriction en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique ;</p> <p>« b) Que le médicament soit mentionné dans une convention prévue à l'article L. 162-17-4 du même code comportant des engagements sur le chiffre d'affaires. »</p>	<p>... décision, pour une durée qui ne peut excéder six mois, et dans des conditions ...</p> <p>... réserve :</p>	<p>... décision et dans des conditions ...</p> <p>... réserve.</p>
	<p>« a) Que le médicament ne soit pas soumis à prescription médicale et que son autorisation de mise sur le marché ou son enregistrement ne comporte pas de restriction en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>« b) Que le médicament soit mentionné dans une convention prévue à l'article L. 162-17-4 du même code comportant des engagements sur le chiffre d'affaires. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>Art. 39</p>	<p>Art. 39</p>	<p>Art. 39</p>
<p>QUATRIEME PARTIE Professions médicales</p>	<p>I. - Au début de la quatrième partie du code de la santé publique, avant le livre I^{er}, il est inséré un livre préliminaire ainsi rédigé :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>II. - Non modifié</p> <p>Supprimé</p>
	<p>« LIVRE PRÉLIMINAIRE</p> <p>« <i>Information des professionnels de santé</i></p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">« CHAPITRE 1^{ER}</p> <p style="text-align: center;">« Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique</p> <p>« Art. L. 4001-1. - Il est créé un Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique à destination des professionnels de santé. Ce fonds est géré par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé prévue à l'article L. 5311-1.</p> <p>« Le fonds finance ou participe au financement d'actions d'information et de communication en matière de stratégie thérapeutique, notamment de prescription médicamenteuse, arrêtées dans des conditions fixées par décret.</p> <p>« Les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds sont fixées par décret.</p> <p>« Art. L. 4001-2. - Les ressources du fonds mentionné à l'article L. 4001-1 sont constituées par une fraction de la contribution prévue aux articles L. 245- 1 à L. 245-6 du code de la sécurité sociale, déterminée par arrêté dans la limite d'un plafond de 10 %. »</p> <p>II. - Les dispositions prévues à l'article L. 4001-2 sont applicables à la contribution perçue à compter du 1^{er} décembre 2000.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">« CHAPITRE UNIQUE</p> <p style="text-align: center;">Intitulé sans modification</p> <p>« Art. L. 4001-1. - Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">« Le fonds finance ...</p> <p style="text-align: center;">... en matière de bon usage des produits de santé et de stratégie thérapeutique, ...</p> <p style="text-align: center;">... prescription et de dispensation médicamenteuse,...</p> <p style="text-align: center;">... décret.</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 4001-2. - Non modifié</p> <p>II. - Les dispositions prévues à l'article L. 4001-2 du code de la santé publique sont applicables à la contribution perçue à compter du 1^{er} décembre 2000.</p> <p>III. (nouveau) - D'ici au 1^{er} janvier 2003, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mettra en</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 138-1. - Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières au titre des spécialités inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17 est due par les entreprises de vente en gros de spécialités pharmaceutiques ainsi que par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique lorsqu'elles vendent en gros des spécialités inscrites sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17 auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières.</p>	<p>Art. 40</p>	<p>Art. 40</p>	<p>Art. 40</p>
	<p>I. - L'article L. 138-1</p>	<p>I. - Non modifié</p>	<p>I. - Non modifié</p>

œuvre une banque de données administratives et scientifiques sur les médicaments et les dispositifs médicaux visés à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, destinée à servir de référence pour l'information des professionnels de santé et des administrations compétentes en matière de produits de santé. Cette base sera rendue accessible au public dans des conditions fixées par décret. Le financement de l'élaboration et du fonctionnement de la banque de données sera assuré sans contribution des entreprises de fabrication, d'exploitation et de distribution des produits de santé.

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 138-10. - Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique des produits de santé, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>..... SECTION 1^{ÈRE} DU CHAPITRE 5 DU TITRE III DU LIVRE 2 Contribution des entreprises de préparation de médicaments</p>	<p>du code de la sécurité sociale est complété par les mots : «, à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins ».</p> <p>II. - Au premier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : « inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17 » et les mots : « au titre des médicaments inscrits sur ladite liste », sont insérés les mots : « à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins ».</p>	<p>II. - Au premier ...</p> <p>... (CE) n° 141/2000 précité ».</p>	<p>II. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 245-2. - L'assiette de la contribution est égale au total des charges comptabilisées au cours du dernier exercice clos au titre des frais de prospection et d'information des praticiens afférents à l'exploitation en France des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Toutefois, il est procédé sur une assiette à un abattement forfaitaire égal à 3 millions de francs et, le cas échéant, à un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 601-6 du code de la santé publique, remboursables ou inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.</p> <p>.....</p>	<p>III. - A la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « santé publique » sont insérés les mots : « et au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999. »</p>	<p>III. - A la deuxième phrase ...</p> <p>... 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins.</p>	<p>III. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 245-6-1. - Une contribution assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France auprès des pharmacies d'officine, des pharmacies mutualistes et des pharmacies de sociétés de secours minières, au titre des ventes en gros de spécialités inscrites sur la liste mentionnée à l'article L.162-17, à l'exception des spécialités génériques définies à l'article L. 601-6 du code de la santé publique, est due par les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique.</p>	<p>IV. - Au premier alinéa de l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique », sont insérés les mots : « et des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins ».</p>	<p>IV. - Au premier ...</p> <p>... n° 141/2000 précité ».</p>	<p>IV. - Non modifié</p>

Code de la santé publique

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 5121-17. - En ce qui concerne les médicaments à base de préparations homéopathiques ou d'allergènes, la taxe est perçue une seule fois pour une même famille de produits ; dans ce cas, le montant annuel des ventes à prendre en considération est celui qui est réalisé pour l'ensemble des produits de la même famille.</p>	<p>V. - L'article L. 5121-17 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« La taxe n'est pas exigible pour les médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins. »</p> <p>VI. - Les dispositions du I et du IV s'appliquent au chiffre d'affaires réalisé à compter du 1^{er} janvier 2001. Les dispositions du II s'appliquent à compter de la contribution due au titre de l'année 2001. Les dispositions du III s'appliquent à compter de la contribution due le 1^{er} décembre 2001. Les dispositions du IV s'appliquent à compter de la taxe perçue au titre de l'année 2001.</p>	<p>V. - Non modifié</p>	<p>V. - Non modifié</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>Art. 41</p> <p>I. - Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2001 en application du premier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 3 % est substitué au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.</p>	<p>VI. - Les dispositions du I et du V s'appliquent ...</p> <p>...l'année 2001.</p> <p>Art. 41</p> <p>I. - Pour le calcul ...</p> <p>... au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article.</p>	<p>VI. - Les dispositions du I et du IV s'appliquent ...</p> <p>... dispositions du V s'appliquent ...</p> <p>... 2001.</p> <p>Art. 41</p> <p>I. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 138-10. -</p>	<p>II. - Le deuxième alinéa</p>	<p>II. - Le tableau du</p>	<p>II. - Alinéa sans</p>

Textes en vigueur		Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale		Propositions de la Commission	
..... Le montant total de cette contribution est calculé comme suit :		du même article et le tableau qui le suit sont remplacés par les dispositions suivantes :	deuxième alinéa du même article est ainsi rédigé :		modification	
Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage du chiffre d'affaires déclaré de l'ensemble des entreprises redevables	« Le montant total de la contribution est égal à 70 % de l'écart entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile précédente majoré du taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. »	Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de l'écart entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile précédente majoré du taux K	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
T supérieur à K (*) et/ou égal à K + 1 point.	0,15		T supérieur à K (*) et/ou égal à K + 0,5 point	50 %	T supérieur à K (*) et/ou égal à K + 1 point.	40 %
T supérieur à K + 1 point et inférieur ou égal à K + 2 points.	0,65		T supérieur à K + 0,5 points inférieur ou égal à K + 1 point	60 %	T supérieur à K + 1 point et inférieur ou égal à K + 2 points.	50 %
T supérieur à K + 2 points et inférieur ou égal à K + 4 points	1,3		T supérieur à K + 1 point et plus	70 %	T supérieur à K + 2 points	60 %
T supérieur à K + 4 points et inférieur ou égal à K + 5,5 points	2,3					
T supérieur à K + 5,5 points	3,3					
(*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche			(*) K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche		Alinéa sans modification	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Ne sont pas redevables de cette contribution les entreprises qui ont conclu, postérieurement au 1er janvier 1999, une convention avec le Comité économique des produits de santé en application des articles L. 162-16-1 et suivants, en cours de validité au 31 décembre de l'année civile au titre de laquelle la contribution est due, à condition que cette convention fixe les prix de l'ensemble des médicaments mentionnés à l'article L. 162-17 exploités par l'entreprise et comporte des engagements de l'entreprise portant sur l'ensemble du chiffre d'affaires concerné ou sur le chiffre d'affaires de chacun des produits concernés, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise en application de l'article L. 162-18. La liste de ces entreprises est arrêtée par le Comité économique des produits de santé avant le 31 janvier de l'année suivant l'année civile au titre de laquelle la contribution est due.</p>	<p>III. - Les dispositions du présent article sont applicables à la contribution perçue à compter de l'année 2001.</p>	<p>III. - Non modifié</p>	<p><i>II bis (nouveau). - Le troisième alinéa du même article est complété par une phrase ainsi rédigée :</i></p>
<p>Art. L. 138-2. - Le taux</p>		<p>Art. 41 bis (nouveau)</p>	<p>Art. 41 bis</p>
		<p>I. - L'article L. 138-2</p>	<p>Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>de la contribution est fixé trimestriellement. Il est de :</p>		<p>du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	
<p>a) 1,72 % si le chiffre d'affaires hors taxes réalisé par l'ensemble des entreprises visées à l'article L. 138-1 assujettis au cours du trimestre s'accroît de 6% ou plus par rapport à la même période de l'année précédente ;</p>		<p>1° Au a, le pourcentage : « 1,72 % » est remplacé par le pourcentage : « 2,17 % » ;</p>	
<p>b) 1,57 % si la progression de ce chiffre d'affaires est comprise entre 5 % et moins de 6 % ;</p>		<p>2° Au b, le pourcentage : « 1,57 % » est remplacé par le pourcentage : « 2,02 % » ;</p>	
<p>c) 1,42 % si cette progression est comprise entre 2 % et moins de 5 % ;</p>		<p>3° Au c, le pourcentage : « 1,42 % » est remplacé par le pourcentage : « 1,87 % » ;</p>	
<p>d) 1,22 % si cette progression est comprise entre plus de 0 % et moins de 2 % ;</p>		<p>4° Au d, le pourcentage : « 1,22 % » est remplacé par le pourcentage : « 1,67 % » ;</p>	
<p>e) 0,97 % si la diminution de ce chiffre d'affaires est comprise entre 0 % et moins de 3 % ;</p>		<p>5° Au e, le pourcentage : « 0,97 % » est remplacé par le pourcentage : « 1,42 % » ;</p>	
<p>f) 0,72 % si cette diminution est égale à 3 % ou plus.</p>		<p>6° Au f, le pourcentage : « 0,72 % » est remplacé par le pourcentage : « 1,17 % ».</p>	
<p>Art. L. 165-6. - Les organismes d'assurance maladie, ainsi que les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, peuvent conclure des accords, à l'échelon local ou national, avec les distributeurs de dispositifs médicaux à usage individuel, notamment en ce qui concerne la qualité, les prix maximum pratiqués et les modalités de dispense d'avance de frais.</p>		<p>II. - Les dispositions du présent article s'appliquent au chiffre d'affaires réalisé à compter du 1^{er} octobre 2000.</p>	
<p>Ces accords doivent comporter des dispositions adaptées à la situation des bénéficiaires du droit à la</p>		<p>Art. 41 <i>ter</i> (nouveau)</p> <p>I. - L'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Art. 41 <i>ter</i></p> <p>Sans modification</p>
		<p>1° Dans le deuxième alinéa, les mots : « dispositifs médicaux à usage individuel » sont remplacés par les mots :</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>protection complémentaire en matière de santé. A ce titre, pour les dispositifs médicaux à usage individuel figurant sur la liste mentionnée au cinquième alinéa de l'article L. 861-3, ces accords prévoient soit l'obligation pour les distributeurs de proposer un dispositif à un prix n'excédant pas le montant des frais pris en charge défini par l'arrêté mentionné à l'article L. 861-3, soit le montant maximal pouvant être facturé aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé.</p>		<p>« produits ou prestations de santé mentionnés à l'article L. 165-1 » et le mot : « dispositif » est remplacé par les mots : « produit ou prestation » ;</p>	
<p>En l'absence d'accord ou lorsque les dispositions de l'accord ne répondent pas aux conditions définies à l'alinéa précédent, un arrêté fixe les obligations mentionnées à l'alinéa précédent s'imposant aux distributeurs.</p>		<p>2° Au premier alinéa, après les mots : « prix maximum pratiqués », sont insérés les mots : « , sous réserve que ces produits ou prestations ne fassent pas l'objet d'un arrêté pris en application de l'article L. 165-3, » ;</p>	
<p>Les dispositions du titre VI de l'ordonnance n° 86-1243 du 1er décembre 1986 relative à la liberté des prix et de la concurrence sont applicables aux infractions prévues par cet arrêté.</p>		<p>3° Au troisième alinéa, après les mots : « un arrêté fixe », sont insérés les mots : « , après avis du Comité économique des produits de santé, » ;</p>	
		<p>4° Au dernier alinéa, les mots : « prévues par cet arrêté » sont remplacés par les mots : « à cet arrêté ».</p>	
		<p>5° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p>	
		<p>« Les accords nationaux signés par les organismes nationaux d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations nationales syndicales des</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	<p>distributeurs de produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent être rendus applicables à l'ensemble des distributeurs par arrêté interministériel, pris après avis du Comité économique des produits de santé. Les ministres peuvent, lorsque l'accord ou un avenant comporte une ou des dispositions non conformes aux lois et règlements en vigueur ou lorsqu'une ou des dispositions relatives aux prix proposés ne sont pas compatibles avec les critères de l'article L. 162-38, disjoindre ces dispositions dans l'arrêté. »</p> <p>II. - Au chapitre V du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-5-1 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 165-5-1.</i> - En l'absence d'accord prévu à l'article L. 165-6 ou lorsque les dispositions de cet accord n'en traitent pas, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peut préciser les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 pour lesquels la part garantie par les organismes de prise en charge peut être versée directement aux distributeurs. »</p> <p>III. - Sauf dénonciation ou résiliation par les parties signataires, les conventions applicables antérieurement à la publication du décret pris en application de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale sont maintenues en vigueur pendant une durée maximale de cinq</p>	—

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 165-5. - Les fabricants et les distributeurs des produits mentionnés à l'article L. 165-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes afférent aux ventes réalisées en France est supérieur à 5 millions de francs doivent déclarer chaque année à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé les volumes vendus et le chiffre d'affaires réalisé en France des produits susmentionnés pris en charge par l'assurance maladie.</p>		<p>ans à compter de la publication de la présente loi. Pendant ce délai, cessent de produire effet, à la date d'entrée en vigueur des arrêtés pris en application des articles L. 5211-5 du code de la santé publique et L. 165-3 du code de la sécurité sociale, celles des dispositions de ces conventions qui ne seraient pas compatibles avec les dispositions desdits arrêtés.</p>	
<p>Loi n° 75-535 du 30 juin 1975 Les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées mentionnés au 5° de l'article 3 et les établissements de santé visés au 2° de l'article L. 711-2 du</p>		<p>IV. - L'article L. 165-5 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée : « Une copie de cette déclaration est adressée simultanément au Comité économique des produits de santé mentionné à l'article L. 162-17-3. »</p>	
		<p>V. - A la section 4 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-5 ainsi rédigé :</p>	
		<p>« Art. L. 162-17-5. - Les redevables de la taxe prévue à l'article L. 5121-7 du code de la santé publique adressent une copie de la déclaration prévue à l'article L. 5121-18 du même code au Comité économique des produits de santé au plus tard le 31 mars de chaque année. »</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>code de la santé publique ne peuvent accueillir des personnes âgées remplissant les conditions de dépendance mentionnées au premier alinéa de l'article 2 de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 tendant à mieux répondre aux besoins des personnes âgées par l'institution d'une prestation spécifique dépendance que s'ils ont passé une convention pluriannuelle avec le président du conseil général et l'autorité compétente pour l'assurance maladie, qui respecte le cahier des charges établi par arrêté conjoint du ministre chargé des personnes âgées et du ministre chargé des collectivités territoriales, après avis des organismes nationaux d'assurance maladie et des représentants des présidents de conseils généraux.</p> <p>Cette convention tripartite doit être conclue, au plus tard, deux ans après la date de publication du décret prévu à l'article 27 <i>quater</i>. Elle définit les conditions de fonctionnement de l'établissement tant au plan financier qu'à celui de la qualité de la prise en charge des personnes et des soins qui sont prodigués à ces dernières, en accordant une attention particulière au niveau de formation du personnel d'accueil. Elle précise les objectifs d'évolution de l'établissement et les modalités de son évaluation.</p>	<p>Section 4</p> <p>Branche accidents du travail</p> <p>Art. 42</p> <p>I. - Peuvent obtenir la</p>	<p>Art. 41 <i>quater</i> (nouveau)</p> <p>Dans le deuxième alinéa de l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, les mots : « deux ans après la date de publication du décret prévu à l'article 27 <i>quater</i> » sont remplacés par les mots : « au 31 décembre 2003 ».</p> <p>Section 4</p> <p>Branche accidents du travail</p> <p>Art. 42</p> <p>I. - Peuvent obtenir la</p>	<p>Art. 41 <i>quater</i></p> <p>Dans ...</p> <p>.. 31 décembre 2002 ».</p> <p>Section 4</p> <p>Branche accidents du travail</p> <p>Art. 42</p> <p>I. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>réparation intégrale de leur dommage corporel :</p> <p>1° Les personnes qui ont obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité ;</p> <p>2° Les personnes qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française.</p> <p>II. - Il est créé, sous le nom de : « Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante », un établissement public national à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p> <p>Cet établissement a pour mission de réparer les préjudices définis au I du présent article.</p>	<p>réparation intégrale de leurs préjudices :</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>2° Les personnes ...</p> <p>... française ;</p> <p>3° <i>(nouveau)</i> Les ayants droit des personnes visées au 1° et 2°.</p> <p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Il est administré par un conseil d'administration composé de représentants de l'Etat, des organisations siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des associations nationales d'aide aux victimes de l'amiante et de personnalités qualifiées. Il est présidé par un magistrat.</p>	<p>II. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>III. - Le demandeur justifie de son exposition à l'amiante et de l'atteinte à son état de santé.</p> <p>Le fonds examine si les conditions de l'indemnisation sont réunies : il recherche les circonstances de l'exposition de l'amiante et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toute investigation et expertise utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel.</p>	<p>III. - Le demandeur justifie de l'exposition ... et de l'atteinte à l'état de santé de la victime.</p> <p>Le demandeur informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au I éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il informe le juge de la saisine du fonds.</p> <p>Si la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle et en l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle.</p> <p>Le fonds ...</p> <p>... industriel. Vaut justification de l'exposition à l'amiante la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, ainsi que le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et</p>	<p>III. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
		<p>figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale.</p>	<p><i>Dans les cas valant justification de l'exposition à l'amiante visés à l'alinéa précédent, le président de la commission peut accorder à la victime une ou plusieurs provisions en tout état de la procédure ; il est statué dans le délai d'un mois à compter de la demande de provision.</i></p>
	<p>Le fonds peut requérir de tout service de l'État, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
		<p>Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>IV. - Dans les neuf mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation. Il indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que le montant des indemnités qui lui reviennent</p>	<p>IV. - Dans les six mois à ...</p>	<p>IV. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Le fonds présente une offre d'indemnisation nonobstant l'absence de consolidation.</p> <p>Une offre est présentée dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.</p> <p>L'acceptation de l'offre ou la décision juridictionnelle définitive rendue dans l'action en justice prévue au V vaut désistement des actions juridictionnelles en indemnisation en cours et rend irrecevable toute autre action juridictionnelle future en réparation du même préjudice. Il en va de même des décisions juridictionnelles devenues définitives et rendues dans des instances relatives à l'indemnisation des conséquences de l'exposition à l'amiante.</p> <p>V. - Le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au premier alinéa du IV ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.</p>	<p>... consolidation.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>L'acceptation ...</p> <p>... l'indemnisation intégrale des conséquences l'amiante.</p> <p>V. - Le demandeur ...</p> <p>... faite. Cette action est intentée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.</p>	<p>V. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	<p>VI. - Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.</p> <p>Le fonds peut intervenir devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ; il intervient alors à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi.</p> <p>Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.</p>	VI. - Non modifié	VI. - Non modifié
Code de procédure pénale	<p>VII. - Le fonds est financé par une contribution de l'Etat et par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.</p>	<p>VII. - Le fonds est financé par une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances, et par une contribution de la branche ...</p> <p>... année par la loi de financement de la sécurité sociale, sur la base d'un rapport d'activité du fonds établi par son conseil d'administration et transmis au Parlement et au Gouvernement.</p>	VII. - Non modifié

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. 706-3. - Toute personne ayant subi un préjudice résultant de faits volontaires ou non qui présentent le caractère matériel d'une infraction peut obtenir la réparation intégrale des dommages qui résultent des atteintes à la personne, lorsque sont réunies les conditions suivantes :</p>	<p>VIII. - Le 1° du premier alinéa de l'article 706-3 du code de procédure pénale est complété par les dispositions suivantes : « et ne relèvent pas d'un préjudice causé par l'exposition à l'amiante ».</p>	<p>VIII. - Le début du deuxième alinéa (1°) de l'article 706-3 du code de procédure pénale est ainsi rédigé :</p>	<p>VIII. - Non modifié</p>
<p>1° Ces atteintes n'entrent pas dans le champ d'application de l'article L. 126-1 du code des assurances ni du chapitre Ier de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation et n'ont pas pour origine un acte de chasse ou de destruction des animaux nuisibles ;</p> <p>.....</p>	<p>Les dispositions de l'alinéa précédent ne remettent pas en cause la compétence juridictionnelle pour connaître, en appel ou en cassation, des décisions rendues avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi par les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale.</p>	<p>« 1° Ces atteintes n'entrent pas dans le champ d'application de l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n ... du ...) ni de l'article L. 126-1 ... (le reste sans changement). »</p>	<p>IX - Non modifié</p>
	<p>IX. - Les demandes d'indemnisation des préjudices causés par l'exposition à l'amiante en cours d'instruction devant les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, sont transmises au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Les provisions allouées en application du dernier aliéna</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>IX. - Les demandes ...</p> <p>... à la date de publication du décret mentionné au X, sont ...</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
	<p>de l'article 706-6 du code de procédure pénale sont remboursées par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante au Fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions.</p> <p>X. - Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>... infractions.</p> <p>X. - Les modalités ...</p> <p>... Conseil d'Etat Le délai fixé au IV est porté à neuf mois pendant l'année qui suit la publication du décret mentionné à l'alinéa précédent.</p>	<p>X. - Non modifié</p>
	Section 5	Section 5	Section 5
		<i>Objectifs de dépenses par branche</i>	<i>Objectifs de dépenses par branche</i>
	Art. 43	Art. 43	Art. 43
	<p>Pour 2001, les objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :</p> <p>(En milliards de francs)</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>La commission propose d'adopter cet article dans le texte résultant des votes précédemment émis par le Sénat</p>
	Maladie-maternité-invalidité-décès 769,2	Alinéa sans modification	
	Vieillesse-veuvage 828,9	Vieillesse-veuvage 830,4	
	Accidents du travail 56,2	Alinéa sans modification	
	Famille 277,1	Alinéa sans modification	
	Total des dépenses 1 931,4	Total des dépenses 1 932,9	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>CHAPITRE 5 DU TITRE 1 DU LIVRE 1 Dispositions diverses</p>	Section 6	Section 6	Section 6
	Art. 44	<p><i>Objectif national de dépenses d'assurance maladie</i></p>	<p><i>Objectif national de dépenses d'assurance maladie</i></p>
	<p>L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 693,3 milliards de francs pour l'année 2001.</p>	Sans modification	Supprimé
	Section 7	Section 7	Section 7
	Art. 45	<p><i>Mesures relatives à la comptabilité et à la trésorerie</i></p>	<p><i>Mesures relatives à la comptabilité et à la trésorerie</i></p>
	<p>I. - Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale devient le chapitre VI.</p>	I. - Supprimé	<p>I. - Suppression maintenue</p>
	<p>II. - Il est inséré, dans le titre I^{er} du livre I^{er} du même code, un chapitre V ainsi rédigé :</p>	<p>II. - Après l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre IV <i>bis</i> ainsi rédigé :</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p>
	« CHAPITRE V	« CHAPITRE IV <i>BIS</i>	« CHAPITRE IV <i>BIS</i>
	« Organisation comptable	Intitulé sans modification	Intitulé sans modification
	<p>« Art. L. 115-1-1- Un décret fixe les règles comptables applicables à l'ensemble des régimes et organismes visés au 2^o du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. »</p>	<p>« Art. L. 114-1-1. - Un décret... ... sociale, ainsi que les modalités de transmission et de centralisation des comptes de ces régimes et organismes. »</p>	<p>« Art. L. 114-1-1. - Les régimes et organismes visés au 2^o du I de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale appliquent un plan comptable dénommé : <i>plan comptable des organismes de sécurité sociale.</i> « Un décret fixe les</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 251-1. - Les ressources nécessaires à la gestion administrative, au contrôle médical, aux actions conventionnelles mentionnées au 3° de l'article L. 162-6, aux actions de prévention, d'éducation et d'information sanitaires, à la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles et à l'action sanitaire et sociale sont prélevées sur les recettes de chaque gestion et réparties entre les caisses d'assurance maladie suivant des modalités fixées par arrêté interministériel, après avis du conseil d'administration de la caisse nationale ou, pour la prévention des accidents du travail et des maladies professionnelles, après avis de la commission paritaire mentionnée à l'article L. 221-4.</p>	<p>III. - Les articles L. 251-1, L. 251-6 et L. 251-8 du code de la sécurité sociale sont abrogés.</p>	<p>III. - L'article L. 251-1, le premier alinéa de l'article L. 251-6 et les articles L. 251-8 et L. 256-2 du code de la sécurité sociale sont abrogés.</p>	<p><i>règles comptables applicables, ainsi que les modalités de transmission et de centralisation des comptes de ces régimes et organismes. »</i></p>
<p>Section 2 Assurance vieillesse et assurance veuvage</p>			<p>III. - Non modifié</p>
<p>Art. L. 251-6. - Les ressources nécessaires à la gestion administrative, à la participation aux frais de contrôle médical et à l'action sanitaire et sociale, sont prélevées sur les recettes de la caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dans des conditions fixées par arrêté interministériel.</p> <p>Les excédents du fonds national d'assurance veuvage constatés à l'issue de chaque</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>exercice sont affectés en priorité à la couverture sociale du risque de veuvage.</p>			
<p>Section 3 Allocations familiales</p>			
<p>Art. L. 251-8. - Un arrêté interministériel détermine annuellement par catégories d'organismes la fraction des cotisations affectée à l'action sanitaire et sociale et à la gestion administrative, ainsi que les bases de répartition des ressources du régime d'allocations familiales entre les différents organismes chargés de sa gestion.</p>			
<p>CHAPITRE 6 Dispositions communes - Dispositions diverses</p>			
<p>Art. L. 256-2. - Un décret fixe les règles relatives à la comptabilité des caisses de sécurité sociale et de leurs unions ou fédérations, à l'établissement de leur situation active et passive.</p>	<p>IV. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2001.</p>	<p>IV. - Les 2001. Le plan comptable unique des régimes et organismes visés au II entre en vigueur au plus tard le 1^{er} janvier 2002.</p>	<p>IV. - Non modifié</p> <p><i>Art. add. après l'art. 45</i></p>
<p>Code de la Sécurité Sociale</p>			
<p>Art. L. 114-1. - La Commission des comptes de la sécurité sociale analyse les comptes des régimes de sécurité sociale.</p>			<p><i>L'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</i></p> <p>« Art. L. 114-1. - La Commission des comptes de la sécurité sociale prend acte, au moyen de deux rapports annuels qui lui sont présentés, des comptes des régimes de sécurité sociale.</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Elle prend, en outre, connaissance des comptes des régimes complémentaires de retraite rendus obligatoires par la loi, ainsi que d'un bilan relatif aux relations financières entretenues par le régime général de la sécurité sociale avec l'Etat et tous autres institutions et organismes. Elle inclut, chaque année, dans un de ses rapports, un bilan de l'application des dispositions de l'article L. 131-7.</p>			<p><i>« Elle prend également connaissance des comptes des administrations publiques de sécurité sociale, d'un bilan relatif aux relations financières entretenues par ces administrations avec l'Etat et tous autres institutions et organismes et d'un bilan de l'application des dispositions de l'article L. 131-7.</i></p>
<p>La commission, placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, comprend notamment des représentants des assemblées parlementaires, du Conseil économique et social, de la Cour des comptes, des organisations professionnelles, syndicales, familiales et sociales, des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, des organismes mutualistes, des professions et établissements de santé, ainsi que des personnalités qualifiées.</p>			<p><i>« La commission, placée sous la présidence du ministre chargé de la sécurité sociale, comprend des représentants des assemblées parlementaires, du Conseil économique et social, de la Cour des comptes, des organisations professionnelles, syndicales, familiales et sociales, des conseils d'administration des organismes de sécurité sociale, des autres administrations publiques de sécurité sociale, des organismes mutualistes, des professions et établissements de santé, ainsi que des personnalités qualifiées.</i></p>
<p>Elle est assistée par un secrétaire général permanent, nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.</p>			<p><i>« La commission des comptes de la sécurité sociale est assistée par un secrétariat général permanent, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.</i></p>
<p>Les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale sont communiqués au Parlement.</p>			<p><i>« Ce secrétariat général permanent est placé sous l'autorité d'un secrétaire général nommé pour trois ans renouvelable</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale sont communiqués au Parlement.</p> <p>Un décret détermine les modalités d'application du présent article et précise notamment les périodes au cours desquelles se tiendront les deux réunions annuelles obligatoires de la commission.</p>			<p><i>une fois par le ministre chargé de la sécurité sociale, sur proposition conjointe des présidents des deux assemblées.</i></p> <p><i>« Les rapports présentés à la Commission des comptes de la sécurité sociale sont communiqués au Parlement.</i></p> <p><i>« Un décret détermine les modalités d'application du présent article et précise notamment les périodes au cours desquelles se tiennent les deux réunions annuelles obligatoires de la Commission. »</i></p> <p><i>Art. add. après l'art. 45</i></p> <p><i>Après l'article L. 114-1-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Art. L. 114-1-2. - Les organismes nationaux de sécurité sociale, après avoir centralisé les comptes mensuels et annuels des organismes de base, et les organismes à compétence nationale, arrêtent les comptes qu'ils transmettent au secrétariat général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.</i></p> <p><i>« Le secrétariat général de la Commission des comptes de la sécurité sociale est chargé notamment d'établir les comptes des régimes et organismes visés au 2° du I de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, qui sont présentés à la Commission des comptes de la sécurité sociale.</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 243-14. - I - Les entreprises ou les établissements d'une même entreprise, redevables de cotisations, contributions et taxes d'un montant supérieur à 6 millions de francs au titre d'une année civile, sont tenus de régler par virement ou, en accord avec leur organisme de recouvrement, par tout autre moyen de paiement dématérialisé, les sommes dont ils sont redevables l'année suivante sur le compte spécial d'encaissement de l'organisme de recouvrement dont ils relèvent.</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 136-7. -</p> <p>.....</p> <p>IV. - 1 La contribution sociale généralisée due par les établissements payeurs au titre des mois de décembre et janvier sur les revenus de placement visés aux 1° et 3° pour les contrats autres que les contrats en unités de compte et 4° du II du présent article fait l'objet d'un versement déterminé d'après les revenus des mêmes placements soumis l'année précédente à la</p>	<p>Art. 46</p> <p>Au I de l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale, les mots : « 6 millions » sont remplacés par les mots : « 1 million ».</p> <p>Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} avril 2001.</p>	<p>Art. 46</p> <p>Au I ...</p> <p>... mots : « 6 millions de francs », sont remplacés par les mots : « 1 million de francs » à compter du 1^{er} avril 2001 et par les mots : « 150 000 euros » à compter du 1^{er} janvier 2002.</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>Art. 46 bis (nouveau)</p> <p>Le deuxième alinéa du IV de l'article L. 136-7 du</p>	<p>« Il s'assure de l'exacte application des règles comptables par les organismes de sécurité sociale. Il est chargé de veiller au respect des dates de centralisation des comptes.</p> <p>« Un décret fixe les conditions d'application du présent article. »</p> <p>Art. 46</p> <p>Sans modification</p> <p>Art. 46 bis</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>contribution sociale généralisée au cours des mois de décembre et janvier et retenus à hauteur de 90 % de leur montant.</p> <p>Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8 ; son paiement doit intervenir le 30 novembre au plus tard.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 47</p> <p>Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :</p> <p>(En milliards de francs)</p> <p>Régime général 29,0</p> <p>Régimes des exploitants agricoles 12,5</p> <p>Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales 2,5</p> <p>Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines 2,3</p> <p>Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat 0,5</p>	<p>code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement doit intervenir le 30 septembre pour 7/9^e de son montant et le 30 novembre au plus tard pour les 2/9^e restant. »</p> <p style="text-align: center;">Art. 47</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p style="text-align: center;">Art. 47</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Régime général.....15,0</p> <p>Régimes des exploitants agricoles 10,5</p> <p style="text-align: center;">Alinéa supprimé</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	— Les autres régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, lorsqu'ils disposent d'une trésorerie autonome, ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes.	— Alinéa sans modification	— Alinéa sans modification

II. TABLEAU COMPARATIF

Texte du rapport annexé à l'article 1 ^{er} du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">RAPPORT SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE ET LES OBJECTIFS QUI DÉTERMINENT LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER</p>	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
<p>D'un déficit de 54 milliards de francs en 1996, le régime général de la sécurité sociale est passé à l'équilibre en 1999. Il dégagera des excédents en 2001 comme en 2000. Le chemin parcouru est important puisque sur la période 1993 - 1997, le déficit s'est élevé à 265 milliards de francs soit un déficit moyen par an de 53 milliards de francs. Ces résultats sont dus à la croissance et à la diminution du chômage mais aussi pour une large part aux mesures structurelles et à la réforme du financement.</p>	<p>D'un ...</p> <p>... financement. Il n'en reste pas moins que se pose de plus en plus la question de la définition du champ de la responsabilité de l'Etat et des caisses de sécurité sociale dans la gestion du système et notamment dans leurs relations avec les professions de santé. Le gouvernement mettra en place une commission associant les différents partenaires concernés et le Parlement, afin de remettre à plat le fonctionnement actuel et définir de nouvelles relations entre l'Etat, les caisses de sécurité sociale et les prestataires de services de soins fondées sur des objectifs d'amélioration de la qualité des soins et de l'accès aux soins pour</p>	<p><i>« Chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale approuve les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale »¹.</i></p> <p><i>Pour satisfaire cette prescription organique, le rapport annexé à l'article premier des lois de financement ne saurait se réduire à un rappel des actions passées, ni à un exposé des motifs des différentes mesures inscrites dans le projet de loi, ni même à une suite de déclarations d'intention.</i></p> <p><i>La présente loi de financement est la cinquième que le Parlement examine ; force est de constater que les limites de l'exercice ont été atteintes voire dépassées tant a été</i></p>

¹ Article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

Tout en redressant les comptes, le Gouvernement a amélioré la situation des Français : création de la couverture maladie universelle, amélioration des prestations familiales et des procédures de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, augmentation du pouvoir d'achat des retraites. L'année 2001 permettra de franchir une étape supplémentaire.

A. La politique de santé

a) *Rendre égal l'accès aux soins*

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle permet, depuis le 1^{er} janvier 2000, à l'ensemble des résidents en France d'accéder à une couverture maladie de base et ouvre le droit à une couverture complémentaire gratuite pour les plus modestes de nos citoyens. Le Gouvernement a publié l'ensemble des textes nécessaires à l'application du dispositif avant la fin de l'année dernière et veille avec attention à sa montée en charge.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

l'ensemble de la population.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

systématiquement affaibli et détourné cet instrument qui aurait dû constituer un progrès essentiel de la démocratie.

● Retrouver l'ambition initiale des lois de financement

Certes, les comptes sociaux se sont redressés mais au prix d'un effort considérable demandé aux Français. Ces derniers ont consacré au financement de la protection sociale une part croissante des prélèvements obligatoires qu'ils acquittent sans pourtant avoir le sentiment d'être mieux soignés, mieux protégés et de pouvoir regarder avec sérénité vers l'avenir.

La marge de manoeuvre ainsi dégagée par la croissance doit être à l'évidence mise à profit pour opérer les réformes de structures indispensables et les clarifications nécessaires des responsabilités et des financements qui seules permettront d'aborder, sans dommage insupportable, non seulement les inévitables à-coup de la conjoncture économique mais principalement les échéances lourdes qui s'annoncent, liées notamment au vieillissement de

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

Les effets de la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions se font sentir dans le domaine de la santé. Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), quelque 273 hôpitaux ont mis en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) destinés à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier et aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins d'accueil et d'accompagnement social. Le Gouvernement renforce les moyens de ces permanences en veillant particulièrement à leurs fonctions d'accompagnement des personnes en difficulté dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux.

b) Renforcer la sécurité

La mise en place au 1^{er} janvier 2000 de l'Etablissement français du sang est venu renforcer le dispositif de prévention sanitaire, qui sera prochainement complété par la création de l'agence de sécurité sanitaire environnementale, chargée d'expertiser et d'évaluer l'impact potentiel sur la santé des perturbations de l'environnement. La France dispose ainsi aujourd'hui d'un dispositif basé sur les principes de pluridisciplinarité et de qualité scientifique de l'expertise, d'indépendance des experts vis-à-vis des administrations et des pouvoirs économiques, de séparation entre évaluation scientifique et gestion des risques, de transparence des décisions et, enfin, sur le principe de précaution.

La lutte contre les infections nosocomiales et les accidents iatrogènes contribue à accroître la sécurité des soins, dont l'organisation est encadrée progressivement par des normes techniques de fonctionnement relatives notamment à la sécurité anesthésique ou à l'accueil et au traitement des urgences. Des mesures seront prises pour améliorer la qualité des procédures de désinfection et développer l'utilisation de dispositifs médicaux à usage unique.

c) Développer la transparence et les droits des malades

Nos concitoyens souhaitent participer davantage à un système de soins plus transparent. Le développement de l'accréditation contribue à cet effort. L'ANAES a rendu publics en juin 2000 les premiers compte rendus d'accréditation. En juillet, quelque 186 établissements de santé étaient engagés dans la procédure d'accréditation ; 650 professionnels de santé seront formés d'ici le début de l'année

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

notre population.

Dans ce contexte, les lois de financement doivent retrouver leur ambition initiale : permettre un débat annuel sur les priorités de la protection sociale, et sur les moyens financiers que la collectivité est prête à lui consacrer, faire apparaître clairement aux yeux des Français la raison d'être de l'effort qu'ils consentent et le bénéfice qu'ils sont en droit d'attendre.

Il est impératif, dès lors, que cesse la dérive actuelle qui aboutit à vider les lois de financement de leur contenu pour les transformer en supplétifs d'une politique de l'emploi aventureuse et d'une politique fiscale mal maîtrisée.

De fait, la présente loi se résume, pour l'essentiel, à deux mesures :

- faire face à la dérive coûteuse des trente-cinq heures au prix d'une manipulation des recettes et des dépenses qui n'épargne aucune branche de la sécurité sociale ;

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

2001, permettant à l'ANAES d'assumer pleinement sa mission d'accréditation. Par ailleurs, les données issues du PMSI sont aujourd'hui accessibles dans des conditions respectueuses de la vie privée, conformément au cadre défini par la loi.

Au-delà, les Etats généraux de la santé ont montré la forte attente de la population, qui souhaite bénéficier d'un système de santé organisé autour du patient. Soucieux de répondre à cette demande, le Gouvernement a engagé, tout au long de l'année 2000, une importante concertation avec les acteurs du système de santé et les représentants des usagers et des personnes malades et proposera très prochainement un projet de loi de modernisation du système de santé qui s'articule autour de cinq axes : renforcer les droits fondamentaux de la personne et associer les citoyens à la gestion du système de santé, améliorer les mécanismes de pilotage du système de santé, améliorer la qualité du système de santé, renforcer la politique de prévention et instaurer une politique nationale d'éducation pour la santé, instaurer un dispositif de prise en charge des risques thérapeutiques.

d) Amplifier la politique de prévention

Le programme national de lutte contre l'hépatite C, mis en place en 1999, a été poursuivi. L'accès au dépistage a été renforcé. Une campagne nationale d'information à destination des professionnels a rappelé les modalités du dépistage et de la prise en charge de l'infection au virus de l'hépatite C. En 2001, le Gouvernement poursuivra son soutien aux actions réalisées par les associations de personnes malades et renforcera les actions de prévention des risques de transmission virale, en particulier en direction des usagers de drogue, des personnes détenues et auprès des professionnels réalisant des tatouages et des piercing. Une campagne d'information renforcera l'information sur les risques des pratiques de tatouage et de piercing, en particulier auprès des jeunes.

La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles sera renforcée. Les dépistages réalisés

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

- mettre en œuvre une mesure fiscale, la ristourne de CSG et de CRDS ; il est significatif qu'une telle mesure figure en bonne place dans le dossier de presse du projet de loi de finances dont elle constitue la principale « disposition fiscale » ; il est consternant en revanche que le bouleversement qu'elle entraîne des fondements même du financement de la protection sociale n'ait été aucunement mesuré ni même envisagé.

• Débattre des priorités de santé publique

A l'évidence, les orientations de la politique de santé ne sauraient être cantonnées à un cadre annuel. Les travaux du Haut comité de santé publique et de la Conférence nationale de santé en témoignent clairement. Cette constatation de bon sens ne doit pas conduire à s'abstenir de tout débat au motif que les lois de financement de la sécurité sociale s'inscrivent dans un cadre annuel.

Il est au contraire nécessaire

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

—

dans les centres anonymes et gratuits sont maintenant entièrement pris en charge par l'assurance maladie. Le Gouvernement a lancé une campagne nationale d'information sur les risques liés au VIH pour rappeler la nécessité de poursuivre des comportements de prévention. En 2001, le Gouvernement renforcera les actions de prévention à destination des publics les plus vulnérables. Pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes du VIH/SIDA en situation de précarité, le Gouvernement propose au Parlement de transférer le dispositif expérimental d'appartement de coordination thérapeutique dédiée aux personnes atteintes de VIH/SIDA dans le cadre commun de la loi de 1975 relative aux institutions médico-sociales. Pour mieux prendre en compte l'évolution de l'épidémie, ce dispositif s'adressera désormais également aux personnes atteintes d'autres pathologies chroniques sévères, notamment les hépatites chroniques et les cancers.

Le Gouvernement poursuit le plan de lutte contre le tabagisme mis en place en 1999 selon trois axes : renforcement de l'information de la population, aide au sevrage tabagique et protection des non fumeurs par une meilleure application de la loi relative à la lutte contre le tabagisme. A la suite du rapport de M. Alfred Recours, le Gouvernement s'est engagé dans une augmentation continue des prix du tabac de 5 % par an sur quatre ans et a débuté une large concertation sur l'intérêt en termes de santé publique de l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de seize ans et sur l'efficacité de mesures de prise en charge des substituts nicotiques.

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances reflète la volonté du Gouvernement de mener une politique ferme et cohérente de lutte contre la toxicomanie et de développer en particulier chez les jeunes, en matière d'alcoolisme, de tabagisme et d'usage détourné de

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Le Gouvernement ...

... nicotiques. Une action efficace de prévention et de lutte contre le tabagisme nécessite de soutenir ceux qui souhaitent arrêter de fumer en améliorant l'accès aux substituts nicotiques et en précisant l'intérêt de nouveaux médicaments utilisés dans le sevrage tabagique. C'est pourquoi, le Gouvernement réunira une conférence de consensus sur les différentes modalités de sevrage, en se fondant notamment sur les résultats des expériences de mise à disposition gratuite.

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

—

de mettre ces lois en perspective grâce à un cadre qui dépasse les aspects purement comptables : celui d'une loi d'orientation pluriannuelle qui définirait les axes d'une véritable politique de santé publique et qui, au-delà de la seule politique de soins, aborderait résolument les voies et moyens d'une politique d'éducation et de prévention.

Il reviendrait alors chaque année à la loi de financement, à travers l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), de traduire, dans son domaine, les priorités ainsi arrêtées.

Encore faut-il pour ce faire que l'ONDAM puisse réellement remplir sa fonction.

Constitué à l'origine sous la forme nécessairement d'un agrégat comptable, il est resté, cinq ans plus tard, le même agrégat comptable, qui a dérivé, que le Gouvernement a « rebasé » et auquel il a appliqué mécaniquement des pourcentages de progression.

L'exposé des motifs de l'article 44 du présent projet de loi résume parfaitement la situation

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

médicaments, une véritable politique de prévention des dépendances. Une campagne nationale d'information sur les risques des substances psychoactives a été lancée en 2000. Un diplôme d'études spécialisées complémentaires a été mis en place sanctionnant depuis cette année une spécialisation médicale de haut niveau.

En 2001, le Gouvernement renforcera les actions de prévention mises en place en particulier au niveau des jeunes, en milieu scolaire et extrascolaire. Il poursuivra le renforcement d'une part des centres de cures ambulatoires en alcoologie et d'autre part l'implication des établissements de santé dans la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et les conséquences de l'usage des drogues. Le Gouvernement propose au Parlement une prise en charge par l'assurance maladie des organismes locaux chargés de la prévention de l'alcoolisme.

A la suite des actions réalisées dans le cadre du programme de prévention du suicide 1998-2000, le Gouvernement met en place un nouveau programme permettant de renforcer les actions de prévention et le soutien aux associations accompagnant les suicidants et leurs familles, d'améliorer la prise en charge et de favoriser les recherches sur les causes favorisantes.

La loi du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage a permis de mettre en place un dispositif national de prévention du dopage et de prise en charge des sportifs concernés. Le Gouvernement poursuit cette politique en mettant en place des actions d'information auprès des jeunes, en installant au niveau des régions des antennes spécialisées dans la prise en charge des personnes en difficulté avec des substances dopantes et en favorisant la recherche et l'amélioration des bases scientifiques des contrôles.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

actuelle et le sens que donne le Gouvernement à l'instrument central des lois de financement :

« L'objectif national des dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé à 693,3 milliards de francs pour l'année 2001, en progression de 3,5 % par rapport aux dépenses attendues pour 2000. »

Dépourvu de tout contenu en santé publique, de tout lien avec les besoins des malades, les progrès de la médecine et a fortiori les priorités de l'action publique, l'ONDAM et sa progression arbitraire constituent aujourd'hui un arbitrage comptable inévitablement contesté, entre les contraintes financières de l'assurance maladie et le souci des pouvoirs publics d'apaiser les tensions que connaît notre système de soins.

Aussi n'est-il pas étonnant que la maîtrise des dépenses de santé reste inefficace tout en entraînant, faute d'orientations et de priorités clairement affichées, la confusion des responsabilités entre l'Etat et l'assurance maladie et une rupture durable avec les professionnels de santé.

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

La sécurité routière est une priorité gouvernementale. En 2001, un dépistage systématique des stupéfiants et des analyses chez les conducteurs impliqués dans les accidents mortels de la circulation sera mis en place (loi du 18 juin 1999).

Le Gouvernement a inscrit la nutrition parmi les thèmes prioritaires de santé publique au niveau de l'Union européenne. Une résolution permettant la mise en place d'une politique de santé nutritionnelle au niveau communautaire sera adoptée en décembre 2000 sous présidence française. Par ailleurs, le Gouvernement met en place un programme national de nutrition.

e) Améliorer la prise en charge

Le Gouvernement a lancé un programme national de lutte contre les cancers pour assurer à l'ensemble de la population des soins de qualité, un accès adapté aux techniques et traitements innovants, un meilleur accompagnement psychologique et social. Pour généraliser le dépistage organisé des cancers féminins et du cancer colorectal, le Gouvernement poursuit les actions de formation et de mobilisation des professionnels et met en place des actions d'informations pour les personnes concernées.

Une ambitieuse politique de santé publique du prélèvement et de la greffe a été engagée autour de

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Le Gouvernement ...

...les personnes concernées.
Un rapport établissant le bilan d'une année d'application de ce programme national de lutte contre les cancers, est remis au Parlement.

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Il apparaît donc indispensable de renouer le dialogue avec les professionnels de santé et de refonder notre système conventionnel. Les rôles de chacun des acteurs - Etat, caisses de sécurité sociale et professionnels de santé - doivent être désormais clairement définis.

Il convient en outre de substituer au dispositif très critiquable des lettres-clés flottantes un mécanisme de maîtrise de l'évolution des dépenses médicales qui fasse appel à la responsabilité individuelle des médecins et qui contribue à l'amélioration des pratiques médicales, dans l'intérêt des patients.

• Clarifier les circuits financiers

A la différence du budget de l'Etat, le budget social est le domaine par excellence des affectations de recettes. Elles sont le corollaire de l'existence de caisses ou de branches qui trouvent elle-même leur fondement dans le principe originel de l'assurance.

Or la période récente se

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

quatre axes : favoriser l'accès au greffon, réduire les inégalités régionales d'accès à la greffe, renforcer la solidarité et soutenir la générosité de nos concitoyens.

Le Gouvernement a lancé une campagne d'envergure sur la contraception mobilisant l'ensemble des acteurs pour réaffirmer un droit fondamental des femmes, les informer sur les différents modes de contraception et favoriser un accès égal à la contraception. Il propose un projet de loi visant à faire progresser le droit des femmes et à assurer un recours effectif à la contraception et à l'IVG. En matière de contraception, il s'agit de créer un droit d'accès des mineurs à la contraception et d'harmoniser la législation sur les contraceptifs hormonaux avec celle sur les médicaments. En matière d'IVG le délai légal pour recourir à l'IVG passera de dix à douze semaines et l'obligation de l'autorité parentale des mineurs souhaitant accéder à l'IVG sera aménagée.

Le Gouvernement a renforcé le plan triennal de lutte contre la douleur, notamment en ce qui concerne la prescription et la disponibilité des antalgiques majeurs et l'amélioration de la prise en charge dans les établissements de santé. A la suite de la loi sur le développement des soins palliatifs, le Gouvernement veille à l'implication des établissements de santé pour la création d'unités fixes, d'équipes mobiles et de réseaux de soins palliatifs en favorisant en particulier le maintien à domicile.

Le Gouvernement amplifie les actions permettant de développer l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques comme le diabète ou l'asthme, les actions permettant d'améliorer l'efficacité de la prise en charge, mais aussi de promouvoir une plus grande autonomie de la personne malade et de lui permettre d'être partie prenante dans la prise en charge de sa maladie.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

caractérise par la mise en place de mécanismes de transferts de charges et de ressources, entre le budget de l'Etat et le budget social et au sein même du budget social, qui conduisent à une confusion extrême que rien ne justifie.

Il revient certes au Parlement de faire apparaître, grâce à un travail de décryptage long et fastidieux, la réalité économique de ces transferts qui, au demeurant, est simple et répétitive : ponctionner les excédents de la branche famille et ceux des fonds de solidarité vieillesse pour financer la coûteuse politique des trente-cinq heures.

Mais il n'en reste pas moins que les lois de financement, qui devaient, chaque année, permettre un débat lucide sur les comptes sociaux, ont été utilisés pour mettre en place des circuits financiers opaques, chaque année modifiés et masquant des transferts illégitimes.

Aussi, définir les « orientations de la politique de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier » conduit à devoir réaffirmer les principes nécessaires pour :

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

—

Pour mieux prendre en charge les enfants dysphasiques et dyslexiques, un plan d'actions vient d'être lancé. Il vise à une meilleure prévention des troubles du langage, un meilleur repérage des troubles spécifiques, l'établissement d'un diagnostic plus rapide et plus sûr et une meilleure prise en charge des 4 à 5% d'enfants concernés.

La santé des personnes détenues est une priorité. Dans ce cadre, le Gouvernement renforce des actions de prévention des pratiques addictives, améliore l'accès aux dépistages des infections virales, en particulier VIH et VHC et la prise en charge des problèmes psychiatriques chez les personnes détenues. Afin de permettre une meilleure prise en charge des personnes détenues nécessitant une hospitalisation, des locaux spécifiques (unités hospitalières sécurisées interrégionales) seront installées dans huit centres hospitalo-universitaires.

f) Poursuivre les réformes structurelles en matière d'organisation

- les soins de ville

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

—

- redonner une signification aux résultats des différentes branches de la sécurité sociale car ce résultat est un bon indicateur des efforts consentis, des marges de manoeuvre disponibles et des réformes à entreprendre. Aujourd'hui, les ajustements annuels, voire infra-annuels, dans l'affectation des recettes et dans la prise en charge des dépenses, de même que la confusion entre les déficits et les excédents autorisent toutes les dérives et toutes les confusions ;

- clarifier les financements de sorte que le contribuable puisse connaître la destination des prélèvements dont il s'acquitte. Aujourd'hui, la plupart des impôts affectés, souvent « exceptionnels » à l'origine, ont été pérennisés, puis éclatés entre les différentes branches et leurs clefs de répartition manipulées tous les ans ;

- rétablir une cohérence durable de ces financements entre assurance et solidarité et dans l'adossement des ressources et des dépenses. Aujourd'hui, à titre d'exemple, l'assurance maladie supporte les dépenses liées à l'alcoolisme et au tabagisme, mais

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

La réforme des soins dentaires et de leur prise en charge par l'assurance maladie est un objectif prioritaire. M. Michel Yahiel s'est vu confier la mission de proposer les voies d'amélioration, à partir des travaux menés par les professionnels et les caisses.

Une action volontaire est conduite pour améliorer les pratiques professionnelles en ville. Les dispositifs d'évaluation et d'entretien des connaissances des médecins sont opérants. Ainsi, le décret sur l'évaluation des pratiques médicales publié, l'ANAES travaille actuellement avec les syndicats de médecins aux modalités de sa mise en oeuvre. Le fonctionnement de l'organisme de gestion conventionnel de la formation médicale continue des médecins a été fixé par décret.

La modernisation de la nomenclature des actes médicaux est un levier essentiel de transformation des pratiques. Une mission sur la mise en oeuvre de la réforme de la nomenclature a été confiée au professeur Escat, président de la commission permanente de la nomenclature générale des actes médicaux, à partir duquel des orientations seront arrêtées.

Concernant les professionnels paramédicaux, les orientations arrêtés suite au rapport d'Anne-Marie Brocas ont trouvé leur application en 2000. Ainsi, l'arrêté de 1962 fixant les règles de la prescription des soins a été aménagé pour permettre une plus grande responsabilisation de ces professionnels. Les décrets de compétence de ces derniers seront également adaptés - celui des masseurs-kinésithérapeutes a déjà été modifié en conséquence. Sur la base du rapport rédigé par Philippe Nauche, des dispositions créant un office des professions paramédicales seront insérées dans le projet de loi de modernisation du système de santé.

Le comité de gestion national du fonds d'aide à la qualité des soins de ville a été installé. Il a

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

les droits sur les tabacs et les alcools financent pour l'essentiel la réduction du temps de travail.

C'est à ce prix que les comptes sociaux pourront être équilibrés durablement et que pourront apparaître clairement les enjeux de la protection sociale : nécessité d'une meilleure maîtrise des dépenses de santé, réformes indispensables pour garantir l'avenir des retraites, impératif d'une politique familiale ambitieuse.

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Propositions de la Commission

défini les modalités d'instruction des dossiers, notamment pour la part régionale du fonds (80% des crédits). Le Gouvernement propose au Parlement de réformer le mécanisme d'affectation budgétaire au fonds de manière à le rendre plus simple et plus lisible.

Les réseaux de soins vont faire l'objet d'une refonte dans le sens de la simplification et de la régionalisation dans le cadre du projet de loi de modernisation du système de santé. Il est proposé d'assurer la sécurité juridique des réseaux et filières expérimentaux de soins, en prorogeant ce dispositif d'un an.

L'informatisation du système de santé a fortement progressé en 2000. Quelque 50 % des professionnels de santé disposent de leur carte de professionnel de santé. Au 16 août 2000, 45 000 professionnels de santé, dont plus de 36 000 médecins, transmettaient par voie télématique des feuilles de soins aux caisses d'assurance maladie. Plus de 80 millions de feuilles de soins électroniques seront transmises aux caisses en 2000. La prévision pour 2001 devrait dépasser les 300 millions de feuilles.

Le dispositif de régulation des dépenses de ville et d'approbation des conventions et avenants conclus entre les caisses et les professionnels de santé a connu en 2000 sa première année d'application. Les caisses d'assurance maladie ont procédé dans le premier rapport d'équilibre à la répartition entre les différentes professions de l'objectif de dépenses déléguées. En juillet 2000, pour le deuxième rapport d'équilibre, les caisses ont fait le bilan de la progression des dépenses et arrêté des mesures correctives.

Les outils prévus par la loi pour améliorer les pratiques sont désormais à la disposition des caisses et des professionnels de santé. La CNAMTS travaille avec les URCAM à la mise en oeuvre des premiers accords de bon usage des soins et contrats de bonne pratique.

- l'hôpital

Une nouvelle étape s'engage pour l'hôpital, qui s'articule autour de trois priorités : adapter l'offre

Alinéa sans modification

Alinéa supprimé

Il est étudié une modification de la composition des comités médicaux régionaux allant vers plus de parité, en attente d'une réforme en matière de respect des bonnes pratiques et des sanctions disciplinaires.

Alinéa supprimé

Alinéa sans modification

Alinéa supprimé

Alinéa sans modification

Alinéa supprimé

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

de soins aux besoins de la population, promouvoir la qualité et la sécurité des soins et poursuivre la réduction des inégalités dans l'accès aux soins.

Les objectifs de la politique hospitalière conduite depuis trois ans sont traduits dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire adoptés à la fin de l'année 1999. Les protocoles signés entre le gouvernement et les représentants des organisations syndicales représentatives des médecins hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière ont par ailleurs donné une forte impulsion à la modernisation sociale de l'hôpital. Les contrats d'amélioration des conditions de travail, la création d'un volet social au sein du projet d'établissement ainsi que les mesures sans précédent prises pour favoriser la promotion sociale et professionnelle des agents dans les établissements publics de santé contribueront au progrès du système de santé dans son ensemble. Le Gouvernement propose au Parlement de créer un fonds de modernisation des établissements de santé aux missions plus larges que le fonds d'accompagnement social.

Les moyens dévolus aux services hospitaliers des urgences ont été renforcés. La réorganisation complète de ces services hospitaliers sera achevée cette année. Afin de répondre à la fréquentation croissante des services hospitaliers pour des soins non urgents, les établissements de santé devront renforcer leur coopération avec les médecins de ville. La réorganisation des services de néonatalogie sera également achevée au cours de l'année 2001. Les schémas régionaux de psychiatrie sont actualisés. Une réflexion sur les structures, les missions et sur l'évolution des métiers dans le domaine de la psychiatrie est engagée.

Les établissements de santé participeront activement à la mise en oeuvre des objectifs de santé publique définie par le gouvernement : la priorité sera notamment donnée au plan cancer, à la poursuite du programme de développement de soins palliatifs et à l'augmentation du nombre de places d'hospitalisation à domicile. Le parc d'appareils d'imagerie par résonance magnétique et de radiothérapie sera substantiellement accru dans les mois qui viennent.

La réflexion pour fonder la tarification des établissements de santé sur les pathologies traitées est engagée. L'expérimentation de nouvelles modalités de tarification pour les établissements de santé doit reposer sur des données d'activité hospitalière fiables et rapidement disponibles. A cette fin, le Gouvernement a créé une agence technique de l'information sur l'hospitalisation permettant d'améliorer le traitement des données et faciliter leur diffusion.

La politique de réduction des inégalités de dotation entre régions et entre établissements de santé sera poursuivie, tout en permettant aux régions les mieux dotées de disposer de marges suffisantes.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

L'aide à l'investissement a été accrue: le FIMHO a été porté à 800 millions de francs en 2000 et disposera de 500 millions de francs en 2001.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a institué un nouveau dispositif de régulation des dépenses de cliniques privées et crée un fonds pour aider aux transformations de ce secteur. L'Etat et les trois fédérations de cliniques ont signé en 2000 le premier accord mettant en oeuvre ces nouvelles dispositions. Dans l'ensemble des régions, un accord sur les objectifs régionaux a été signé entre les ARH et les fédérations régionales. L'adaptation de la loi proposée au Parlement permettra un financement innovant des activités d'urgence assumés par certains établissements conformément aux schémas régionaux d'organisation sanitaire.

- le médicament

La progression de la dépense de médicament est importante. Si la France ne constitue pas, dans ce domaine, une exception, la consommation médicale est en France plus importante que dans nombre de pays voisins. Les politiques structurelles engagées avec détermination dans ce domaine visent à infléchir les tendances de fond, dans un cadre conventionnel avec les laboratoires.

L'année 2000 marque une nouvelle étape avec la mise en oeuvre de l'opération de réévaluation des médicaments en fonction du service médical rendu (SMR). Au total, près de 2.663 spécialités ont été évaluées par la Commission de la transparence, soit plus des deux tiers des spécialités pharmaceutiques françaises : 60% ont été classées en SMR majeur ou important, 15% en SMR modéré ou faible, 25% en SMR insuffisant. Le Gouvernement a tiré les conséquences de cette évaluation en juillet dernier. A l'issue d'un délai de trois ans, les médicaments à SMR insuffisant sortiront du remboursement. Sans tarder, le Gouvernement a uniformisé le taux de remboursement des vasodilatateurs : toutes les spécialités de cette classe sont désormais remboursées à 35%. Parallèlement, le Comité économique du médicament a conduit avec les laboratoires concernés des négociations pour faire baisser les prix des spécialités dont le SMR a été jugé insuffisant.

Le Gouvernement propose au Parlement de modifier la contribution de l'industrie pharmaceutique. Créée il y a deux ans, elle a permis de récupérer une partie du dépassement sur les dépenses de médicaments. Son mode de calcul provoque des effets de seuil. Aussi convient-il de retenir un mode de calcul plus simple, linéaire, qui permet de récupérer une partie plus importante du dépassement.

B. La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission nationale

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

La reprise de l'activité a interrompu, depuis deux ans, la baisse régulière du nombre d'accidents du travail. Cette évolution appelle une vigilance accrue. Aussi, le Gouvernement entend-il revoir l'organisation de la prévention.

Par ailleurs, le Gouvernement poursuivra les actions qu'il a engagées pour favoriser la reconnaissance des maladies professionnelles. Les réformes de procédure intervenues depuis deux ans ont permis d'améliorer les conditions de la réparation à laquelle ces personnes ont droit. Dans cette logique, le travail de clarification des tableaux de maladies professionnelles sera poursuivi.

Au-delà de ses réflexions générales sur l'amélioration de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, le Gouvernement prendra de nouvelles dispositions en faveur des victimes de l'amiante. Seront ainsi mises en oeuvre les dispositions relatives à la surveillance post-professionnelle et post-expositionnelle des travailleurs exposés à l'amiante.

Les insuffisances des systèmes de protection qui laissent parfois des victimes sans réparation, la gravité des préjudices subis, la nécessité d'une réponse rapide aux demandes exprimées par des victimes dont l'espérance de vie est souvent dramatiquement réduite, sont autant de motifs pour mettre en place des mesures exceptionnelles. Le Gouvernement propose au Parlement de créer un Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, dans le double objectif d'assurer l'indemnisation intégrale des préjudices subis, quelle que soit l'origine de l'exposition à l'amiante, et de simplifier les procédures.

C. La politique de la famille

La Conférence de la famille, qui s'est tenue le 15 juin 2000 sous la présidence du Premier ministre, est la troisième depuis 1998. Elle a été l'occasion d'engager de nouvelles étapes dans la rénovation de la politique familiale.

La réaffirmation de la solidarité comme objectif prioritaire de la politique familiale se traduit par une réforme importante des aides personnelles au logement : plus de 6,5 milliards de francs seront consacrés d'ici 2002 à la revalorisation et à la simplification des aides versées aux familles ayant les revenus les plus faibles.

La solidarité nationale en faveur des familles rencontrant des difficultés se manifeste également par la création, au 1^{er} janvier 2001, d'un congé spécifique pour enfant malade assorti d'une allocation

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission nationale

Alinéa supprimé

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

de présence parentale, afin de permettre aux parents d'un enfant atteint d'une maladie grave de suspendre partiellement ou totalement leur activité professionnelle pour s'occuper de lui.

Pour permettre aux femmes de mieux articuler travail et vie familiale, le soutien apporté aux modes de garde en faveur de la petite enfance change d'échelle à travers d'une part, la majoration de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) à hauteur de 500 millions de francs dès 2001, d'autre part, la création d'un fonds exceptionnel d'investissement en faveur des modes de garde collectifs. Ce fonds, doté d'1,5 milliard de francs, permettra l'accueil de 30 000 à 40 000 enfants supplémentaires. La montée en charge de ce plan de rattrapage sera accompagnée par l'abondement à hauteur de 1,4 milliard des moyens du fonds national d'action sociale (FNAS) de la CNAF consacrés au fonctionnement des modes de garde collectifs.

Afin d'aider les mères en difficulté à retrouver une activité professionnelle, le Gouvernement a décidé de créer une aide à la reprise d'activité des femmes (ARAF) d'un montant de 2 000 à 3000F. Ce dispositif est opérationnel depuis le 15 juillet 2000.

De même, pour éviter que les bénéficiaires de l'allocation parentale d'éducation (APE) ne basculent dans le chômage de longue durée à l'issue de l'APE, un dispositif d'intéressement financier à la reprise d'activité anticipée sera mis en place.

Le soutien à la fonction parentale est conforté à travers une aide financière accrue de 300 millions de francs visant à renforcer les relations entre famille et école, et à développer les contrats temps libres ainsi que les réseaux de soutien à la parentalité.

Enfin, le Gouvernement poursuit l'adaptation du code civil aux mutations de la famille. La modernisation engagée du droit de la famille couvre plusieurs sujets : l'assouplissement des régimes matrimoniaux, l'amélioration de la situation du conjoint survivant dans le droit des successions, la promotion d'une véritable parité parentale partagée, la création d'un conseil national des origines.

L'ensemble de ces décisions, élaborées en concertation avec les partenaires sociaux et le mouvement familial, visent à conforter le rôle essentiel des familles comme lieu d'affection, de solidarité et d'éducation.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Le soutien...

... parentalité. Le soutien à la fonction parentale et aux familles inclut une action sociale collective et sa promotion notamment au sein des centres sociaux.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

D. La politique à l'égard des personnes âgées

a) Garantir les retraites des Français

Conformément au calendrier qu'il s'était fixé, le Gouvernement s'est engagé dans la voie de la consolidation de nos régimes de retraite par répartition, afin de garantir les retraites de tous les Français.

Le diagnostic, élaboré dans la concertation par le Commissariat général au plan, a montré que les régimes de retraite allaient être confrontés à deux défis dans les années à venir : l'allongement constant de la durée de la vie et l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses de l'après-guerre. La perspective désormais crédible d'un retour rapide au plein emploi, même si elle atténue l'ampleur des déficits, ne résout pas tous les problèmes. Des adaptations sont donc nécessaires pour assurer l'avenir de nos régimes par répartition, auxquels les Français sont attachés.

Sur la base de ce diagnostic, et après avoir largement consulté, le Gouvernement travaille pour préparer l'avenir, en abondant le fonds de réserve et en engageant la concertation pour élaborer les mesures les mieux à même d'assurer l'avenir des régimes de retraite.

Afin d'assurer les retraites des Français au-delà de l'horizon 2020, le Gouvernement a créé le fonds de réserve en 1998 et y a affecté des ressources nouvelles dès 1999 : excédents de la CNAV et du fonds de solidarité vieillesse, la moitié du prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine, contributions des caisses d'épargne et de la Caisse des Dépôts et Consignations, auxquels s'ajoute la majeure partie du produit de la vente des licences de téléphone mobile de troisième génération. Au total, le fonds de réserve devrait disposer d'environ 1.000 milliards de francs en 2020, dont 300 milliards proviendront des intérêts financiers. Cette somme correspond à la moitié des déficits prévisionnels des régimes de retraite entre 2020 et 2040.

Pour assurer une vigilance constante sur l'évolution de nos systèmes de retraite, le Gouvernement a créé le conseil d'orientation des retraites. Par la pluralité des membres qui le composent (partenaires sociaux, parlementaires, personnalités qualifiées), il assurera un questionnement permanent sur les retraites. Ce conseil garantit que la réforme des retraites sera menée dans le respect de l'équité entre les régimes. Il proposera au Gouvernement des mesures d'ajustements en fonction des évolutions de la situation économique et des projections démographiques.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission nationale

Alinéa supprimé

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

b) Assurer la prise en charge de la dépendance

Pour mieux prendre en compte la problématique du vieillissement et de la dépendance, le Gouvernement met en place des programmes d'actions coordonnées sur l'ostéoporose et la maladie d'Alzheimer.

Il a par ailleurs entrepris depuis trois ans de développer les services destinés aux personnes âgées dépendantes, à domicile ou en établissement. Cet effort va être amplifié à partir de 2001, afin d'accompagner la réforme de la prestation spécifique dépendance (PSD).

La politique gérontologique du Gouvernement se décline dans les termes suivants :

- le développement de la coordination gérontologique - en 2000, 25 centres de liaison, d'information et de coordination sont expérimentés ; progressivement, ce nombre sera porté à 1000, afin de mailler tout le territoire, au niveau des bassins de vie, et donc au plus proche des personnes âgées ;

- la professionnalisation et l'amélioration de la qualité des services d'aide à domicile : la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait exonéré les services d'aide ménagère à domicile des charges patronales de sécurité sociale pour les interventions auprès des personnes âgées dépendantes, permettant ainsi à ces services de trouver des conditions de fonctionnement satisfaisantes ; en concertation avec les représentants de la branche, une démarche de formation et de professionnalisation va être engagée. Par ailleurs, un décret permettant de créer des services « polyvalents », prenant en charge à la fois les soins et l'accompagnement social, est en cours de préparation. Enfin, le nombre de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) créées chaque année va être doublé, passant de 2000 à 4000, dans le cadre d'un plan de cinq ans à hauteur de 1,2 milliard de francs.

- le développement des moyens médicaux des établissements destinés aux personnes âgées : les décrets d'avril 1999 sur la nouvelle tarification entrent progressivement en vigueur. Cette réforme permettra d'assurer la transparence sur les coûts, et d'allouer les ressources en fonction des niveaux d'équipement et de la situation des personnes accueillies au regard des critères de dépendance et de santé. Afin d'accompagner l'entrée en vigueur de cette nouvelle tarification, un plan de 6 milliards de francs sur cinq ans va être consacré au développement des moyens médicaux des établissements.

E. La politique à l'égard des personnes handicapées

Texte adopté par l'Assemblée nationale

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

Alinéa supprimé

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

—

Pour répondre aux attentes et aux besoins des personnes handicapées, en permettant une individualisation des réponses, il faut désormais créer les conditions permettant à ces personnes d'exercer un vrai choix de vie. En privilégiant résolument l'autonomie des personnes et leur intégration dans le milieu de vie ordinaire, en répondant aux besoins de prise en charge et d'accueil protégé des personnes les plus lourdement handicapées, en assurant la modernisation des instruments sur lesquels s'appuie son action, en s'inscrivant dans la durée avec des objectifs financés à échéance pluriannuelle, le Gouvernement mène une politique globale et déterminée en direction des personnes handicapées.

Cette politique s'articule autour de deux grands axes :

- amplifier le développement des dispositifs les plus favorables à l'intégration. Pour la prise en charge des jeunes, tous les départements ont été dotés de centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et cet effort sera poursuivi pour répondre à la demande d'accompagnement parental. La création ou l'extension de capacités de services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) sera amplifiée.

Pour les adultes, le Gouvernement entend encourager toutes les initiatives favorisant le maintien à domicile des personnes handicapées. L'amélioration de l'accès aux aides techniques fait l'objet d'un examen concerté avec l'ensemble des acteurs et l'ensemble des départements disposeront d'ici 2003 de « sites pour la vie autonome ». Ces structures, financées par le budget de l'Etat, sont chargées de l'évaluation des besoins des personnes handicapées par une approche globale et pluridisciplinaire ainsi que de la prescription des aides techniques et humaines dont elles ont besoin. Par ailleurs, les interventions des services de soins infirmiers à domicile seront étendues aux personnes handicapées et le nombre de postes d'auxiliaires de vie passera de 1850 à 5000 d'ici 2003;

- apporter une réponse adaptée et durable à l'insuffisance de places dans les établissements spécialisés. La mise en oeuvre du plan pluriannuel (1999-2003) destiné à créer 5 500 places nouvelles dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers à double tarification (FDT) sera poursuivie en 2001.

Par ailleurs, un effort spécifique est conduit en direction des personnes frappées par un handicap particulièrement grave. D'ici 2003, 120 millions de francs seront consacrés à la création de sections supplémentaires dans les instituts médico-éducatifs pour les enfants les plus lourdement handicapés, 300 millions de francs à la création de places supplémentaires pour les autistes et les traumatisés crâniens et

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Alinéa sans modification

Propositions de la Commission

—

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé

Texte du rapport annexé à l'article 1^{er} du projet de loi

—

45 millions de francs à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes.

F. Une présentation des comptes améliorée

La présentation des comptes est améliorée : comme il l'avait annoncé l'an dernier, le Gouvernement présente cette année, en annexe du projet de loi, les principaux agrégats en droits constatés. Par ailleurs, le projet de loi contient des dispositions destinés à l'harmonisation des comptes des différents régimes : mise en oeuvre d'un plan comptable unique, création d'un haut conseil de la comptabilité des organismes sociaux et d'une mission permanente. Ces instances veilleront à la bonne application du plan comptable.

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Alinéa sans modification

Comme il l'avait annoncé l'an dernier, le Gouvernement présente cette année, en annexe du projet de loi de financement, les principaux agrégats en droits constatés. L'harmonisation des comptes des différents régimes et organismes de sécurité sociale doit être poursuivie : un nouveau plan comptable unique sera mis en oeuvre au plus tard le 1^{er} janvier 2002. Par ailleurs, un Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, assisté d'une mission permanente et placé auprès du ministre chargé de la sécurité sociale, sera créé par décret. Il devra veiller à la bonne application du nouveau plan comptable et à la transmission des données comptables par les organismes suivant un calendrier fixé par voie réglementaire.

Propositions de la Commission

—

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé