

N° 88

SÉNAT

PREMIÈRE SESSION ORDINAIRE DE 1982-1983

Annexe au procès-verbal de la séance du 10 novembre 1982.

RAPPORT

FAIT

au nom de la Commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi adopté par l'Assemblée nationale après déclaration d'urgence, portant diverses mesures relatives à la Sécurité Sociale.

Par M. André BOHL,

Sénateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Robert Schwint, président ; André Rabineau, Victor Robini, Louis Boyer, Jean Chérioux vice-présidents ; Roger Lise, Jacques Bialski, Hubert d'Andigné, Hector Viron, secrétaires ; Jean Amelin, Pierre Bastié, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Jean Béranger, Noël Berrier, André Bohl, Charles Bonifay, Pierre Bouneau, Louis Caiveau, Jean-Pierre Cantegrit, Marc Castex, Henri Collette, Michel Crucis, Georges Dagonia, Charles Ferrant, Marcel Gargar, Mme Cécile Goldet, MM. Jean Gravier, André Jouany, Louis Jung, Louis Lazuech, Bernard Lemarié, Pierre Louvot, Jean Madelain, André Méric, Mme Monique Midy, MM. Michel Moreigne, Jean Natali, Charles Ornano, Bernard Pellarin, Raymond Poirier, Henri Portier, Paul Robert, Gérard Roujas, Pierre Sallenave, Louis Souvet, René Touzet, Georges Treille, Jean Varlet.

Voir le numéro :

Assemblée nationale (7^e législ.) : 1123, 1151 et in-8° 251.

Sénat : 56 (1982-1983).

Sécurité sociale. -- Aide sociale - Alcools - Assurance maladie, maternité - Assurance vieillesse : généralités - Assurance vieillesse : régimes autonomes et spéciaux - Assurance veuvage - Commerce et artisanat - Cotisations - Cotisations sur le tabac et les boissons alcooliques - Etablissements d'hospitalisation, de soins et de cure - Financement - Lutte hospitalier - Impôts, taxes - Pensions de vieillesse - Préretraite - Soins ambulatoires - Tabacs - Taxe sur la publicité pharmaceutique - Versement global annuel.

SOMMAIRE

	Pages
AVANT-PROPOS	3
CHAPITRE I. — LES COTISATIONS DES PRÉRÉTRAITÉS	5
A. Les cotisations dues par les retraités et par les chômeurs	5
1. Les retraites	5
2. Les allocations de chômage	6
3. Les autres revenus de remplacement	7
B. Les articles 3 et 4 : une contribution accrue des préretraités	7
1. Le champ d'application	7
2. Le poids des cotisations	8
3. La portée des articles 3 et 4	9
C. La position de votre Commission : le refus d'une violation des engagements gouvernementaux	10
1. L'attitude constante de la Commission	10
2. La remise en cause des engagements de la majorité présidentielle	10
CHAPITRE II. — LA CONTRIBUTION DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE	13
A. Le dispositif de l'article 5	13
B. La position de votre Commission	14
CHAPITRE III. — L'INSTITUTION D'UN FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER	16
A. Le forfait journalier hospitalier : une forme déguisée de ticket modérateur	16
B. Les critiques de votre Commission	18
CHAPITRE IV. — LA DOTATION GLOBALE	20
A. Le budget global : un choix contestable	20
1. Les expérimentations de la loi du 4 janvier 1978	20
a) le prix de journée éclaté	20
b) le budget global	21
2. Le contenu du projet de loi	22
B. Les observations de votre Commission	23

	Pages
CHAPITRE V. — LE FINANCEMENT FORFAITAIRE DES ACTIONS EXPÉRI- MENTALES	27
CHAPITRE VI. — L'ASSIETTE DES COTISATIONS SOCIALES DES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS NON AGRICOLES	29
A. Les mesures proposées : une harmonisation de l'assiette des cotisations	29
1. La législation en vigueur	29
2. Les articles 21 à 26	30
B. Les observations de votre Commission : un blanc-seing inacceptable accordé au gouvernement	30
CHAPITRE VII. — LA TAXE SUR LES CONSOMMATIONS D'ALCOOL ET DE TABAC	33
1. La taxe sur les alcools	33
2. La taxe sur les tabacs	34
3. Les critiques communes aux deux taxes	36
CHAPITRE VIII. — L'ACCROISSEMENT DES COMPÉTENCES DU COMITÉ D'ENTREPRISE	37
CONCLUSIONS DE LA COMMISSION	38
TRAVAUX DE LA COMMISSION	43
1. Audition du ministre	43
2. Examen du rapport	46
MOTION TENDANT A OPPER LA QUESTION PRÉALABLE	52
TABLEAU COMPARATIF	53

Mesdames, Messieurs,

Ainsi que le laisse soupçonner son intitulé, le projet de loi soumis aujourd'hui à votre examen constitue un ensemble disparate de mesures tendant à dégager de nouvelles recettes et à maîtriser certaines des dépenses de la sécurité sociale.

Le projet de loi dégage d'abord certaines recettes :

— en majorant les cotisations d'assurance maladie dues par les personnes bénéficiant d'un système de préretraite ;

— en instituant une contribution de l'industrie pharmaceutique assise sur les dépenses en publicité de celle-ci ;

— en créant un forfait journalier hospitalier dû par les malades qui ne sont pas soumis au paiement du ticket modérateur, dans certains établissements ;

— en modifiant les conditions de la détermination de l'assiette des cotisations des travailleurs non-salariés non-agricoles ;

— en instituant une taxe sur la consommation des alcools titrant plus de 25° et sur les tabacs.

Mais le projet de loi apporte aussi un aménagement aux modalités du financement des hôpitaux par la sécurité sociale, en substituant à la tarification à la journée, une dotation globale annuelle.

En outre, le projet de loi détermine les conditions du financement d'actions expérimentales de soins et de prévention, développées dans le secteur sanitaire et social.

Enfin, le projet de loi accroît les compétences du comité d'entreprise en assujettissant l'employeur à communiquer toutes les informations relatives au paiement des cotisations de sécurité sociale.

Votre Commission vous propose donc d'examiner chacune de ces mesures qu'elle vous demandera pour sa part, de rejeter. Elle vous indiquera enfin les motifs d'ensemble qui, s'ajoutant aux considérations développées sur chaque article, l'ont conduite à vous demander d'adopter une motion tendant à opposer la question préalable.

CHAPITRE I

LES COTISATIONS DES PRÉRETRAITÉS

Les articles premier à quatre du projet de loi initial proposaient d'aligner le taux des cotisations des préretraités sur celui de la part ouvrière des cotisations dues par les salariés au titre de l'assurance maladie, de l'assurance vieillesse et de l'assurance veuvage.

A la suite d'un compromis intervenu entre le Gouvernement et la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée Nationale, sur lequel nous reviendrons à l'article 5, les articles premier et 2 ont été supprimés par les députés, écartant ainsi l'assujettissement des intéressés aux cotisations d'assurance vieillesse et de veuvage.

Les articles trois et quatre s'inscrivent dans un panorama législatif, mis en place au cours des années récentes, qui a tendu à imposer aux inactifs, qu'ils soient retraités ou chômeurs, de participer personnellement au financement du risque de maladie.

Votre Commission vous propose donc d'examiner rapidement la législation actuelle, avant de juger du bien fondé des dispositions de ces articles.

A. — Les cotisations dues par les retraités et par les chômeurs

1. — *Les retraités*

La loi du 28 décembre 1979, défendue par M. Jacques Barrot, alors Ministre de la Santé et de la Sécurité Sociale, a, par souci d'harmonisation, étendu à tous les retraités l'obligation de cotiser au titre de l'assurance maladie.

En effet, les retraités de la plupart des régimes s'acquittaient, avant 1979, d'une cotisation d'assurance maladie assise sur leur avantage de vieillesse. Seuls les retraités du régime général et de certains régimes spéciaux bénéficiaient d'une couverture gratuite du risque de maladie.

La loi du 28 décembre 1979 a donc généralisé l'obligation de cotisation, en autorisant en même temps une harmonisation relative des taux :

— les retraités des régimes jusqu'alors exonérés de cotisations étaient ainsi soumis à une cotisation de 1 % sur leur avantage de base et de 2 % sur leur retraite complémentaire ;

— les bénéficiaires de la seule garantie de ressources démission ont été, eux aussi, soumis à une cotisation de 2 % ;

— un régime d'exonération a été institué au profit des personnes qui n'étaient pas soumises à l'impôt sur le revenu ;

— la cotisation des travailleurs indépendants a été ramenée de 11,65 % à 5 % ;

— les taux applicables aux retraités des autres régimes ont été maintenus à leur niveau. Il convient de rappeler notamment que les fonctionnaires et assimilés versent une cotisation de 2,25 %.

Un régime d'exonération a été mis en œuvre au profit des personnes non assujetties à l'impôt sur le revenu des personnes physiques.

La loi du 28 décembre 1979 a permis de dégager en année pleine (1980) une ressource supplémentaire de 1,5 milliards, et les cotisations d'assurance maladie versées par les retraités représentent aujourd'hui environ 5 milliards de francs.

2. — *Les allocations de chômage*

La loi du 4 janvier 1982, présentée par l'actuel Gouvernement et adoptée par les deux assemblées, qui avait pour principal objet de rétablir la couverture d'assurance maladie de la plus grande partie des chômeurs non indemnisés, supprimée dans le cadre de la réforme de l'ANPE en 1979, a, en outre, soumis l'ensemble des bénéficiaires de l'un des revenus de remplacement versé par l'UNEDIC à une cotisation d'assurance maladie de 1 %.

Seules les personnes percevant une allocation supérieure au S.M.I.C. ont été soumises à cette cotisation.

A cette occasion, l'ensemble des bénéficiaires de la garantie de ressources, démission, licenciement et économique, les préretraités du FNE et les titulaires d'un revenu de remplacement versé dans le cadre d'un contrat de solidarité ont été soumis à la cotisation de 2 % imposée jusque là aux seuls titulaires de l'allocation de garantie de ressources démission.

L'ordonnance du 31 mars 1982 a étendu cette dernière obligation aux personnes cessant leur activité dans les conditions qu'elle prévoyait.

Cette cotisation a été appliquée, elle aussi, aux allocations d'un montant supérieur au SMIC, versées à compter du 1^{er} juin 1982.

3. — *Les autres revenus de remplacement*

Les indemnités journalières versées par certains régimes à leurs assurés malades, les rentes versées aux accidentés du travail, les pensions d'invalidité versées par les régimes d'assurance maladie sont jusqu'à présent, exemptées de cotisations.

Seules les pensions d'invalidité gérées par les régimes d'assurance vieillesse sont soumises aux mêmes obligations que les pensions de vieillesse. Il en est notamment ainsi des pensions d'invalidité versées aux personnes non salariées non agricoles.

B. — **Les articles 3 et 4 : une contribution accrue des préretraités**

Aux termes des articles 3 et 4, les préretraités paieraient une cotisation d'assurance maladie égale à celle à laquelle sont personnellement assujettis les salariés actifs des régimes dont ils relevaient. Il convient d'examiner plus attentivement le champ d'application et la portée de ce dispositif.

1. — *Le champ d'application*

Cinq catégories de préretraités étaient concernées, dans le texte initial, par la mesure envisagée :

— les titulaires des trois garanties de ressources, licenciement, démission et économique, versées en application de l'article L 351.5 du code du travail.

Actuellement égales à 70 % du salaire antérieur brut et versées aux personnes âgées de 60 à 65 ans, elles doivent être supprimées, selon le Gouvernement, au 1^{er} avril 1983, sauf pour les personnes qui ont commencé à la percevoir et pour les titulaires des contrats de solidarité, dont l'existence sera maintenue jusqu'au 31 décembre 1983. Cette première catégorie disparaîtra donc à la fin de 1993 ;

— les titulaires d'une préretraite FNE, d'un montant identique aux garanties des ressources, et versée aux licenciés économiques âgés d'au moins 56 ans et 2 mois (55 ans dans certains cas) sur la base d'une convention passée entre l'Etat et l'employeur, en application de l'article L. 322.4 du Code du Travail ;

— les titulaires d'une préretraite démission ou d'une préretraite progressive au titre d'un contrat de solidarité passé entre un employeur et l'Etat et qui, accordées aux personnes âgées de moins de 60 ans sont égales, la première à 70 % du salaire brut et, la seconde, à 30 % du salaire brut, auquel s'ajoute la moitié du salaire, s'agissant d'emplois à mi-temps ;

— les agents des collectivités locales qui cessent leur activité trois ans avant l'âge d'ouverture du droit à pension, en vertu des contrats de solidarité prévus par l'ordonnance n° 82-597 du 30 janvier 1982 ;

— les fonctionnaires et agents de l'Etat qui, de la même manière, cessent prématurément leur activité en application du titre III de l'ordonnance n° 82.297 du 31 mars 1982.

L'Assemblée Nationale a complété le texte initial, pour l'appliquer à trois catégories nouvelles :

— les agents des collectivités locales et les fonctionnaires et agents de l'Etat qui prennent une retraite progressive par application du titre II de l'ordonnance du 31 mars 1982 ;

— les retraites anticipées des ouvriers de l'Etat, prévues par un décret en date du 31 mars 1982 (référence aux dispositions réglementaires dans le texte adopté par l'Assemblée Nationale) ;

— les préretraites conventionnelles qui ne résultent pas d'accord de congé de fin de carrière, et parmi elles, notamment, les préretraites du secteur sidérurgique.

2. — *Le poids des cotisations*

La cotisation versée par les préretraités varierait selon le régime dont ils relevaient en qualité d'actifs salariés.

— Les préretraités ayant appartenu au régime général paieraient une cotisation d'assurance maladie de 5,5 % qui, se substituant à l'actuelle cotisation de 2 %, ramènerait de 68,6 % à 66,15 % du salaire antérieur brut et donc de 78,8 à 75,9 % du salaire net, le montant de l'allocation de garantie de ressources.

— Les préretraités relevant du régime des fonctionnaires ou assimilés (collectivités locales et ouvriers de l'Etat), verseraient une cotisation de 4,75 %.

— Les clercs de notaire en préretraite s'acquitteraient d'une contribution dont le taux, après suppression de la cotisation d'assurance vieillesse à l'Assemblée Nationale, n'a été annoncé par le Gouvernement.

Quant aux marins, leur cotisation serait égale à 6 % du salaire forfaitaire.

Un système d'exonération est mis en place par l'article 4, qui prévoit que le prélèvement de la cotisation d'assurance maladie ne pourra avoir pour effet de réduire l'allocation versée au préretraité à une somme inférieure au SMIC brut. Ce dispositif comporte deux conséquences :

— d'une part, un seuil d'exonération totale sera appliqué aux personnes dont l'allocation de garantie de ressources est inférieure au SMIC brut, soit 3 220 F par mois, ce qui correspond à un salaire brut antérieur d'activité égal à 4 740,00 F par mois ;

— d'autre part, un seuil d'exonération partielle vise à éliminer les effets de seuil, qui permet ainsi de soumettre à une cotisation réduite les préretraités dont la prestation est comprise entre le SMIC et le SMIC majoré de 5,5 %. La cotisation au taux plein ne s'appliquera donc qu'à ceux des allocataires dont le salaire antérieur était supérieur à 5 000 F par mois.

3. — *La portée des articles 3 et 4*

En 1983, les effectifs totaux concernés seront de 580 000 préretraités, répartis, pour l'essentiel, comme suit :

— 430 000 bénéficiaires de la garantie de ressources ; 30 % des intéressés devraient être exonérés totalement ou partiellement ;

— 140 000 bénéficiaires des contrats de solidarité et du fonds national pour l'emploi (30 % d'exonération) ;

— onze mille fonctionnaires bénéficiaires d'une cessation anticipée d'activité ; très peu d'entre eux devraient bénéficier d'une exonération.

La cotisation d'assurance maladie sera appliquée au 1^{er} avril 1983 et constituera une ressource supplémentaire de 700 millions de francs en 1983 (soit 1 050 millions de francs en année pleine).

**C. — La position de votre commission :
le refus d'une violation des engagements gouvernementaux**

1. — *L'attitude constante de la Commission*

Votre Commission des Affaires Sociales est particulièrement libre de son propos pour juger très sévèrement les dispositions des articles 3 et 4 :

— en 1979, sur la proposition de son rapporteur, M. Jean Béran-ger, elle avait proposé au Sénat de rejeter purement et simplement le principe de la généralisation de la cotisation d'assurance maladie sur les retraites. Elle défendait notamment, à cette époque, qu'une telle contribution troublait les règles de solidarité entre actifs et inactifs qu'avaient accepté les assurés sociaux, dans le cadre de leurs régimes respectifs ;

— en 1981, à l'occasion de l'examen de la loi du 4 janvier 1982, elle avait à nouveau suivi son rapporteur, M. Louis Boyer, qui, dès lors qu'avait été instituée la cotisation sur les retraites, avait accepté la contribution due par les chômeurs, sous la réserve que les titulaires de la garantie de ressources-démission, déjà soumis à cotisation, ne soient pas visés par ces nouvelles dispositions.

Enfin, votre Commission a constamment regretté que des législations successives, intervenues au gré des nécessités financières de la sécurité sociale, aient peu à peu introduit d'importantes inégalités entre les bénéficiaires des différents revenus de remplacement.

**2. — *La remise en cause des engagements
de la majorité présidentielle***

La constance de votre Commission ne semble pas honorée par le Gouvernement qui, pour sa part, a évolué très profondément sur cette question.

Le Président de la République, M. François Mitterrand, alors candidat à cette haute charge, avait à juste titre indiqué que, s'étant opposé à la cotisation sur les retraites en 1979, il en proposerait la suppression dans l'hypothèse d'un succès électoral.

Mme Nicole Questiaux, Ministre de la Solidarité Nationale, tout en confirmant cet engagement, indiquait cependant qu'il ne pourrait être tenu immédiatement, compte tenu de la situation financière de la sécurité sociale. Le même ministre, quelques temps plus tard, défendait ce qui devait devenir la loi du 4 janvier 1982, enlevant alors toutes leurs illusions aux retraités.

M. Pierre Bérégovoy, plus soucieux que son prédécesseur de maintenir les équilibres financiers des régimes, vous propose aujourd'hui d'accroître encore la charge des titulaires de la garantie de ressources. Ce dispositif suscite, à l'évidence, de très graves réserves qui doivent être soulignées ici :

— d'abord, il s'analyse, en fait, comme une réduction de la prestation versée aux titulaires de la garantie de ressources, au profit des régimes d'assurance maladie. Le Ministre indique à cet égard que la mesure qu'il propose, appliquée au 1^{er} avril 1983, sera compensée par l'augmentation des allocations qui interviendra à cette date, en maintenant ainsi, en francs courants, le montant desdites allocations. Cette explication, rassurante, ne peut suffire à dissimuler que ces catégories subissent une perte sérieuse de pouvoir d'achat, en moyenne, de 3 points et demi :

— ensuite, le seuil d'exonération, placé au plus bas, se distingue des seuils jusqu'à présent retenus :

- les retraités sont exonérés de leur cotisation lorsqu'ils ne sont pas soumis à l'impôt sur le revenu des personnes physiques ;
- les chômeurs titulaires des autres allocations que la garantie de ressources sont exonérés dans le seul cas où leur prestation est inférieure au SMIC ;
- les titulaires de la garantie de ressources bénéficient enfin, pour leur part, d'un système destiné à éliminer les effets de seuils.

Comment accepter, dès lors, qu'à la disparité des obligations, s'ajoute celle des mécanismes d'exonération ?

— Enfin, et surtout, le Gouvernement viole ses engagements propres et ceux de ses prédécesseurs, en donnant à cette nouvelle cotisation un caractère rétro-actif.

Il viole ses propres engagements, dès lors que, dans le cadre des contrats de solidarité, de nombreux travailleurs ont accepté de céder leur emploi à un jeune chômeur en contrepartie d'un certain niveau de revenu, préalablement déterminé.

Mais le Gouvernement viole également, à l'égard des titulaires des garanties de ressources, les engagements de ses prédécesseurs.

Une telle démarche peut conduire nos concitoyens à douter de la parole de l'Etat.

En somme, votre Commission, hostile à une mesure qui accentue la disparité des obligations de cotisations imposées aux titulaires de revenus de remplacement et soucieuse de manifester son opposition à une remise en cause des engagements de l'Etat, ne peut accepter le dispositif contenu dans les articles 3 et 4.

CHAPITRE II

LA CONTRIBUTION DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE

L'article 5 institue une contribution sur les dépenses consacrées par les industries pharmaceutiques à la publicité des médicaments qu'elles produisent. Votre commission vous propose, d'une part, d'examiner le dispositif technique qui vous est soumis, et d'autre part, de développer les motifs qui, finalement, l'ont conduite à vous demander de rejeter l'article 5.

A. — Le dispositif de l'article 5

L'institution d'une contribution sur les dépenses de publicité des industries pharmaceutiques n'est pas une innovation, puisque la loi n° 79.1189 du 28 décembre 1979 portant diverses mesures de financement de la sécurité sociale avait créé une telle contribution, versée en 1980 par les entreprises intéressées.

Cette contribution présentait cependant un caractère exceptionnel, alors que l'article 5 constitue un dispositif définitif.

Dans son texte initial, le projet de loi créait, au profit de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, une contribution des entreprises de préparation des médicaments exploités en France et remboursés par la sécurité sociale. Le taux de cette contribution était de 4 % et s'appliquait aux frais de prospection et d'information des praticiens.

L'Assemblée Nationale, pour « compenser » la suppression des articles premier et deux, relatifs à la cotisation d'assurance vieillesse des titulaires de la garantie de ressources, a porté de 4 à 5 % le taux de la contribution et, a, en outre, voulu prévoir que cette dernière serait

exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.

Ces deux modifications conduisent, en fait, à relever de 4 à 10 % le taux effectif de la contribution, qui sera due dès l'exercice 1982.

Les entreprises dont le chiffre d'affaires est inférieur à 50 millions de francs, sont exonérées de la taxe, à l'exception de celles d'entre elles qui sont les filiales d'une société dont le chiffre d'affaires consolidé, réalisé en France, dépasse cette limite.

Compte tenu de ce régime d'exonération et du montant actuel des dépenses de publicité des industries pharmaceutiques, la recette escomptée de la contribution s'élève à 200 millions de francs.

B. — La position de votre Commission

En tout premier lieu, votre Commission dénonce le curieux « marchandage » intervenu à l'Assemblée nationale entre le Gouvernement et la Commission, au terme duquel l'augmentation de la contribution de la solidarité est finalement destinée à compenser la réduction du taux des cotisations des préretraités.

S'agit-il, pour le Gouvernement, de mener une politique conséquente du médicament ou, au contraire, de définir ses orientations en fonction de préoccupations financières ou politiques ?

Mais, sur le fond, la contribution qui vous est proposée est critiquable à de nombreux titres :

— en premier lieu, le Gouvernement entend mettre un terme à l'accroissement excessif de dépenses de publicité. A cet égard, votre Commission souhaite formuler deux remarques :

- d'une part, l'industrie pharmaceutique, attaquée de toute part, a enregistré, depuis douze ans, une progression très faible de ses prix qui, par rapport à la base 100 en 1970, atteint l'indice 177,1 en juin 1982, contre 319,2, pour l'indice général des prix ;

- d'autre part, la réglementation française de la publicité est l'une des plus draconiennes du monde occidental ;

— en second lieu, il convient de rappeler que la publicité pharmaceutique ne saurait être confondue avec une action de pure promotion commerciale. Elle prolonge les efforts de recherche et de diffu-

sion de nouveaux produits par une information des praticiens. Cet effort est développé par onze mille visiteurs médicaux, qui, quotidiennement, assurent une information très attentive des utilisateurs, en permettant une meilleure utilisation des médicaments. Le Gouvernement, soucieux pourtant de protéger l'emploi, menace gravement, par l'introduction d'une taxe par ailleurs contestable, l'avenir de ces onze mille salariés.

— en troisième lieu, la taxe va, à l'évidence, pénaliser les entreprises françaises, pourtant soumises à une très rude concurrence internationale. D'une part, elle absorbera, au taux actuellement retenu, les deux tiers des bénéfices réalisés par les entreprises entrant dans son champ d'application, menaçant ainsi la capacité d'investissement et donc, le développement de la recherche. D'autre part, elle risque de favoriser la vente des produits étrangers. Certes, l'importation n'est pas possible sans l'implantation, sur notre territoire national, d'au moins un réseau de commercialisation. Cependant, les entreprises étrangères ne vont-elles pas, pour échapper à la taxe, réserver à leurs sièges ou à leurs autres antennes étrangères le soin de réaliser, pour le compte de leur filiale française, la promotion publicitaire de leurs produits ?

— en quatrième lieu, la taxe va atteindre durement la presse médicale française dont la principale ressource est actuellement constituée par le produit de la publicité pharmaceutique. A cet égard, il convient de souligner que les grands organes de la presse médicale, si souvent décriés, pour les positions qu'ils prennent sur leur politique, par certain ministre, ne seront pas les plus durement touchés. Au contraire, la presse scientifique, qui assure le rayonnement de la recherche et de la médecine françaises à l'étranger, et dont les ressources publicitaires sont plus limitées, sera la première à subir les mesures de restriction que ne manqueront pas de prendre les industriels. La France était parvenue, jusqu'ici, à résister à la pression de la presse anglo-saxonne. Le pourra-t-elle encore longtemps ? La réponse à cette question conditionne l'avenir de la compétitivité de notre industrie pharmaceutique, dont les excédents commerciaux avec l'extérieur, se sont élevés, en 1981, à cinq milliards de francs ;

— en cinquième lieu, le produit de la taxe est affecté exclusivement à la Caisse nationale d'assurance maladie, écartant ainsi les autres régimes d'assurance maladie du partage de son produit.

**

Pour toutes ces raisons, votre Commission ne peut approuver le contenu de l'article 5.

CHAPITRE III

L'INSTITUTION D'UN FORFAIT JOURNALIER HOSPITALIER

Les articles 6, 7, 8 et 8 *bis* instituent un forfait journalier hospitalier laissé à la charge des malades. Votre Commission vous propose, comme pour les chapitres précédents, d'analyser ces dispositions avant de vous indiquer les principales raisons qui l'ont conduite, pour sa part, à vous demander de les écarter.

A. — Le forfait journalier hospitalier : une forme déguisée de ticket modérateur

1. — *Le champ d'application de la mesure*

Le forfait journalier institué par l'article 6 du projet de loi s'applique à tous les malades hospitalisés dans le secteur public ou privé.

Les unités ou centres de long séjour publics ou privés à but non lucratif participant au service public hospitalier ou conventionnés et les établissements d'hébergement pour personnes âgées comportant une section de cure médicale sont écartés du champ d'application d'une mesure qui ne contribue, en aucun cas, à la modification du mode de prise en charge de ces personnes, donc l'évolution ne saurait résulter que de dispositions plus larges et conséquentes.

Le forfait est dû dans les services de court et de moyen séjour des hôpitaux, dans les établissements spécialisés tels que les établissements psychiatriques et dans les établissements médico-sociaux pour handicapés.

Seuls les malades hospitalisés, pris en charge à 100 %, sont tenus au paiement du forfait hospitalier. Pour les autres, le forfait journa-

lier s'impute sur le ticket modérateur laissé à leur charge. Il convient de rappeler à cet égard que, compte tenu des cas d'exonération actuels du ticket modérateur, seuls 10 % des malades sont tenus d'en assurer effectivement le règlement. Le ticket modérateur, fixé à 20 % du prix de journée, représente une charge journalière moyenne de 130 F et, dû pour 22 millions de journées d'hôpital sur un total de 203 millions, il constitue une économie de dépenses pour les régimes de 3 milliards de francs.

S'agissant des malades soumis au paiement du forfait journalier, le texte initial prévoyait trois cas d'exonération, en faveur des accidentés du travail, des femmes bénéficiaires de l'assurance maternité et des invalides de guerre. L'Assemblée nationale a voulu ajouter le cas des enfants et adolescents handicapés, hébergés dans des établissements d'éducation spéciale ou professionnelle.

L'exonération ne concerne donc pas les malades atteints des 25 maladies figurant sur la liste des affections longues et coûteuses, ni de la « 26^e maladie ».

Elle ne concerne pas non plus les établissements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, où n'est pas appliqué le ticket modérateur.

Quant aux adultes handicapés, l'Assemblée Nationale a adopté un amendement tendant à prévoir que leur allocation ne saurait, par le paiement du forfait hospitalier, être réduite à un montant inférieur à un minimum fixé par décret.

Le montant du forfait sera de 20 F par jour, sans plafond pour les séjours de longue durée. Il pourra être pris en charge par l'aide sociale dans des conditions qui ont été sensiblement modifiées par l'Assemblée Nationale.

D'une part, les députés ont supprimé l'opposabilité de l'obligation alimentaire ; sans cette suppression, le rapporteur estimait en effet que certaines personnes âgées hésiteraient à se faire hospitaliser.

D'autre part, l'article 8 *bis* exonère de toute récupération du forfait journalier les successions d'un montant inférieur à 250 000 F.

Compte tenu de l'imputation du forfait journalier sur le ticket modérateur, le rendement attendu de la mesure serait d'environ 2,5 milliards en année pleine.

Cependant, l'aide médicale serait appelée à supporter, selon le Gouvernement, une charge supplémentaire de 500 millions de F.

En outre, parallèlement à l'institution du forfait journalier, les abattements actuellement appliqués sur les indemnités journalières et sur les pensions d'invalidité seraient supprimés. Une telle suppression conduirait à un coût évalué à 545 millions de F en 1983, dont 522 millions de F pour le régime général.

En somme, le forfait journalier constituerait une recette nette de 2 milliards de F pour les régimes et une dépense supplémentaire de 500 millions pour l'aide médicale.

B. — Les critiques de votre Commission

Votre Commission des affaires sociales conteste la démonstration du rapporteur de l'Assemblée Nationale, destinée à justifier cette mesure.

En premier lieu, ce forfait journalier constitue une incitation très insuffisante à modifier les conditions d'accueil des personnes âgées. Rapporté au montant journalier versé par celles de ces personnes qui sont accueillies dans les services et les unités de long séjour, le forfait ne constitue pas vraiment un découragement aux pratiques si souvent dénoncées qui consistent à placer les intéressés dans des établissements psychiatriques.

Injuste à l'égard de tous les assurés, le forfait journalier ne saurait donc tenir lieu de palliatif à la solution d'un problème aussi douloureux.

En second lieu, si les régimes d'assurances sociales obligatoires ne peuvent prendre en charge le forfait hospitalier, les assurés peuvent faire appel à d'autres organismes. Les mutuelles ou les compagnies d'assurance pourront ainsi se substituer à la sécurité sociale. Ainsi, seules les personnes les plus défavorisées, qui n'adhèrent pas à une mutuelle ou ne disposent pas de moyens suffisants à se garantir auprès d'une compagnie d'assurance, seront-elles les seules à payer effectivement le forfait, sauf une prise en charge, aléatoire, par l'aide sociale.

Votre Commission dénonce ce désengagement de la sécurité sociale qui constitue, à l'évidence, une mesure antisociale.

En troisième lieu, le forfait journalier conduit à transférer une partie de la charge de la sécurité sociale vers l'aide sociale.

Un tel transfert va à l'encontre de l'évolution de la législation qui, par une généralisation patiente mais résolue, avait permis de dégager progressivement notre protection sociale du mécanisme d'assistance qu'induit l'aide sociale. En outre, il conduit à une aggravation des charges financières des départements, à qui incombe principalement l'aide médicale.

Il n'est pas acceptable, selon votre Commission, de résoudre les difficultés financières de la sécurité sociale en aggravant celles des collectivités locales.

En quatrième lieu, la gestion du forfait journalier sera extrêmement lourde. Dans la plupart des cas, les établissements hospitaliers, incapables d'apprécier la situation financière de leurs malades, transmettront leurs dossiers à l'aide sociale, encombrant ainsi les commissions d'admission. Les coûts de gestion induits par cette mesure risquent donc d'en limiter sensiblement le rendement financier.

En dernier lieu, le dispositif qui vous est proposé interdit aux malades accueillis dans les établissements privés de demander la prise en charge du forfait par l'aide sociale. Cette prise en charge n'est en effet possible que pour les seuls établissements liés par une convention particulière. Dans la pratique, celle-ci n'est accordée qu'aux seuls hôpitaux publics. Le dispositif porte ainsi atteinte au libre choix du malade et contribue à détourner la clientèle au profit du secteur public. En outre, le forfait, fixé à une somme de 20 F, ne prend pas en compte la très grande différence entre le montant des prix de journées appliqués par les établissements publics et par leurs concurrents du secteur privé.

**

En somme, votre Commission ne peut accepter les articles 6, 7, 8 et 8 *bis* qui, contraires à l'équité, conduiraient à des complications de gestion inextricables et établiraient une discrimination injustifiée entre les établissements.

CHAPITRE IV

LA DOTATION GLOBALE

L'article 52 de la loi hospitalière du 31 décembre 1970 stipulait qu'une réforme de la tarification devrait intervenir dans un délai d'un an après sa promulgation.

L'importance et la difficulté d'un tel sujet ont considérablement retardé la préparation de la réforme. La loi du 4 janvier 1978 autorisait enfin le Gouvernement à expérimenter deux systèmes de tarification et de gestion des hôpitaux, dits du prix de journée éclaté et du budget global.

Votre Commission vous propose, là encore, d'examiner le dispositif gouvernemental avant d'analyser les raisons qui l'ont conduite à vous demander finalement d'écarter les articles 9 à 18 du projet de loi.

A. — Le budget global : un choix contestable

1. — *Les expérimentations de la loi du 4 janvier 1978*

a) *Le prix de journée éclaté*

La formule du prix de journée éclatée a été initialement expérimentée dans trois établissements hospitaliers, dont les conditions de la gestion et la nature de l'activité étaient très différentes.

Cette formule repose sur une analyse de la formation des coûts, qui conduit à distinguer :

— des coûts forfaitaires, fixes, correspondant aux frais d'admission, d'hébergement et d'administration générale ;

— des coûts liés à la densité des soins et à la gravité de la maladie, comportant une partie fixe et une partie variable ;

— des coûts individualisables, imputés au malade.

Deux variantes ont été successivement définies.

Le décret du 24 mars 1978 prévoyait une facturation au malade qui distinguait un forfait d'admission, commun à tous les services, et un prix de journée « soins », qui établi par service, distinguait les coûts directs liés aux dépenses de personnel, de matériel et de produit, les coûts indirects liés au fonctionnement des sélections auxiliaires induites par le service médical et les prestations individuelles (prothèses, explorations fonctionnelles, sang...).

Le décret du 10 mars 1981, plus conforme au souhait de la Fédération hospitalière de France, a prévu une seconde variante, expérimentée depuis lors dans cinq établissements hospitaliers.

Selon cette variante, les frais d'admission, d'hébergement et d'administration générale sont regroupés et, surtout, les dépenses d'exploitation entrant dans le calcul du prix de journée « hébergement » et du prix de journée « soins » sont constitués par une part de frais fixes (environ 80 %) et de frais variables (20 %).

Un compte de réserve est créé, qui permet une compensation des excédents et des déficits. Lorsque ceux-ci dépassent 2 % du budget prévisionnel, le prix de journée peut être révisé. Dans la première variante, au contraire, les excédents ou les déficits étaient répartis dans les quatre composantes du prix de journée, au prorata de leur montant, sauf pour les excédents du prix de journée « soins ».

La formule retenue par le décret du 10 mars 1981 est la plus proche de celle que préconise votre rapporteur du budget de la santé, M. Jean Cherioux, dans son avis présenté, chaque année, au nom de la Commission des affaires sociales.

b) *Le budget global*

La formule du budget global, appliquée initialement à trois établissements, a été étendue à cinq autres établissements en 1980 et en 1981.

Le budget global constitue l'agrégation des prévisions budgétaires de chaque service qui, en fonction de son activité et compte tenu de

ses objectifs, définit les moyens qui lui sont nécessaires. Après une concertation avec les différents services, le directeur de l'établissement établit un budget global prévisionnel d'exploitation, soumis à l'autorité de tutelle.

Un prix de journée est, par ailleurs, établi pour chaque service, qui est le quotient des dépenses diminuées des recettes (produits hospitaliers et produits accessoires) par le nombre prévisionnel de journées.

Les projets de prix de journée et de budget, adoptés par le conseil d'administration après avis de la commission consultative médicale, sont transmis pour approbation au directeur de l'action sanitaire et sociale et au commissaire de la République, qui, après la consultation d'une commission « ad hoc » arrête le budget global et les prix de journée opposables au tiers.

Une part provisionnelle garantie est versée à l'établissement par les caisses pivots par « douzièmes provisoires ».

En cours d'exercice, un réajustement du budget peut être admis dans le cas où les prévisions initiales sont bouleversées par une variation sensible de l'activité, des prix ou des rémunérations.

En fin d'exercice, le déficit éventuel est soit pris en charge par la sécurité sociale, lorsque l'autorité de tutelle admet les motifs avancés par l'établissement, soit, dans le cas contraire, laissé à la charge de celui-ci.

Il convient de souligner que seules les dépenses de fonctionnement font l'objet d'une globalisation ; l'ancien mode de financement est maintenu, pour ce qui concerne les dépenses d'investissement.

Une variante du budget global a été appliquée à l'hôpital de la Pitié Salpêtrière, qui, plus destinée à améliorer la gestion qu'à modifier le dispositif tarifaire, allège la comptabilité analytique par services, qui trop lourde, est souvent mal comprise par les médecins, en retenant les coûts des quatre à six postes les plus importants qui représentent, à eux seuls, 80 % de la dépense.

2. — *Le contenu du projet de loi*

L'article 9 pose le principe de l'institution d'une dotation globale pour la seule part des dépenses prises en charge par les organismes de

sécurité sociale, applicable aux établissements d'hospitalisation publics et aux établissements privés non lucratifs admis à participer au service public hospitalier, à l'exclusion des autres établissements privés.

L'Assemblée Nationale a adopté un amendement de son rapporteur tendant à prévoir une révision de la dotation globale dans l'hypothèse d'une modification importante et imprévisible de l'activité médicale ou des conditions économiques.

L'article 11 prévoit quant à lui que la dotation globale est versée par la Caisse primaire d'assurance maladie qui joue ainsi le rôle de caisse pivot pour le compte des autres régimes, qui, sauf convention particulière, ne peuvent jouer ce rôle.

L'article 12 maintient un système de tarification des prestations, dont les députés ont souhaité qu'il ne soit plus un prix de journée et qu'il soit au contraire défini par référence à la dotation globale, afin d'éviter de maintenir un double mode de détermination des coûts. Cette tarification des prestations serait destinée à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par l'assurance maladie, à la détermination du ticket modérateur et à l'exercice du recours contre les tiers.

L'article 13 étend au budget global la compétence de la section permanente du conseil supérieur de l'aide sociale, juge spécialisé du contentieux du prix de journée.

Après l'article 14, de pure conséquence, l'article 15 renforce le contrôle médical des organismes de sécurité sociale sur les établissements, en autorisant, outre le contrôle individuel de l'assuré, le contrôle de l'activité du service. L'article 16 exclut les établissements qui ne sont pas soumis au budget global du champ d'application de l'article 15. Enfin, les articles 17 et 18 sont de pure conséquence.

B. — Les observations de votre commission

Votre commission accueille avec la plus grande réserve, un dispositif qui lui paraît critiquable et dangereux.

Elle regrette que le gouvernement n'ait pas présenté au Parlement un rapport sur le bilan des expériences menées dans le cadre de la loi

du 4 janvier 1978, qui lui aurait permis de juger des avantages et des inconvénients des différentes formules. Elle croit savoir toutefois qu'un tel rapport a bien été établi, qui, nuancé, aurait constaté que la réussite ou l'échec de chaque formule aurait varié selon des établissements auxquels elles ont été appliquées. Le même rapport suggérerait une solution qui se serait trouvée être assez proche de la variante du prix de journée éclaté institué par le décret du 10 mars 1981.

Votre Commission regrette que seules des indiscretions lui aient permis de connaître les conclusions d'un rapport qui, à l'évidence, aurait dû lui être soumis préalablement à l'examen du projet de loi (1).

A cet égard, une seconde réflexion s'impose. Pourquoi le gouvernement a-t-il voulu réformer le financement de l'hôpital avant de réformer les établissements eux-mêmes ? Un projet de loi est en effet en cours de préparation sur lequel le Ministre de la Santé a refusé d'être entendu, comme il n'a pas accepté, d'ailleurs, de donner son avis sur la réforme du financement, confiée au Ministre chargé de la sécurité sociale. Cette procédure, qui consiste, selon l'expression populaire, à placer « la charrue avant les bœufs », ne manque pas d'inquiéter votre Commission.

Certes, le Ministre de la Santé a répondu aux interrogations de M. Jean Chérioux, rapporteur, pour avis sur les crédits consacrés, par la loi de finances pour 1982, au budget du Ministère de Santé. L'ensemble des informations dont dispose désormais votre Commission font clairement apparaître que le projet de loi, loin d'introduire le budget global, instrument de la gestion de l'hôpital, conduit seulement à fixer les nouvelles règles qui régiront la part du financement des établissements laissée à la charge des organismes de sécurité sociale.

En fait, la logique du budget global est déjà appliquée aujourd'hui qui, devant l'accroissement de la dépense hospitalière, est destinée à ajuster désormais les besoins aux moyens, en conduisant à l'évidence, à un rationnement de la santé. La suppression des budgets supplémentaires, imposée par le précédent gouvernement, et après une courte période transitoire, confirmée par l'actuel Ministre de la santé, constitue le premier pas dans ce sens.

La réforme du financement, qui devait avant tout concourir à l'amélioration de la gestion hospitalière, devient ainsi l'instrument

(1) Ce rapport a été publié le 10 novembre 1982 par le Ministère de la Santé, après délibération de votre Commission.

d'une politique draconienne de limitation des dépenses, aveugle aux réalités quotidiennes de l'hôpital. A cet égard, l'expérience des pays étrangers et notamment du Canada, a montré les dangers d'une globalisation budgétaire qui mène tout droit aux listes d'attente et à l'asphyxie des établissements.

En outre, le dispositif qui vous est proposé risque de livrer l'hôpital à la tutelle conjuguée des pouvoirs publics et des organismes de sécurité sociale, qui, appelés à se prononcer sur l'enveloppe globale, peuvent désormais autoriser leurs médecins à contrôler le fonctionnement des services hospitaliers.

Cette immixtion remet en cause le rôle de la sécurité sociale, hier partenaire de l'hôpital et demain surveillante jalouse de l'utilisation des fonds qu'elle verse aux établissements.

Les dispositions de l'article 9, même modifiées par l'Assemblée Nationale, n'autorisent que dans des cas très exceptionnels, une révision en cours d'année, de la dotation globale. Les établissements pourront ainsi, devant les risques de dépassement, refuser de recevoir des malades qui devront attendre longuement des soins ou encore être transférés d'un établissement à un autre, au gré des contraintes financières.

Encore une fois, les exemples de certains pays étrangers montrent que ce risque n'est pas seulement une hypothèse d'école.

Votre Commission tient, pour sa part, à souligner que le reproche adressé au prix de journée, selon lequel ce système incite à l'allongement des durées de séjour, a perdu toute sa portée dès lors qu'au contraire, depuis plusieurs années, on observe une réduction lente, mais régulière de la durée moyenne d'hospitalisation. D'ailleurs, le gouvernement maintient le système du prix de journée dans les établissements privés « assimilés », dont les modalités actuelles suffisent à garantir la sagesse de ce secteur d'activité.

Certes, la progression spectaculaire de la dépense hospitalière ne peut laisser indifférents ceux qui, dans l'intérêt même des malades des établissements et de la sécurité sociale, souhaitent qu'un effort de maîtrise soit engagé, et, qu'au système du prix de journée, insuffisant au plan de la gestion, soit substituée une autre méthode.

Mais cet effort ne saurait résulter que d'une observation d'ensemble de l'institution hospitalière que seul permettra l'examen d'un projet de lois plus complet.

**

Dans l'attente d'un tel texte, votre commission se refuse donc à cautionner un dispositif plus destiné à permettre au Ministre chargé de la sécurité sociale et aux régimes, d'accroître considérablement leur tutelle sur l'hôpital qu'à améliorer en profondeur la gestion de l'institution.

CHAPITRE V

LE FINANCEMENT FORFAITAIRE DES ACTIONS EXPÉRIMENTALES

Les articles 19 et 20 tendent, selon le gouvernement, à favoriser le développement d'expériences nouvelles qui, associant prévention et soins, activités médicales et sociales, seraient financés par les caisses d'assurance-maladie selon des modalités définies par une convention signée par elles avec les promoteurs de ces actions expérimentales.

Votre commission avait approuvé la convention intervenue entre la Fédération nationale de la mutualité française et la Caisse Nationale d'assurance maladie, visant à substituer au ticket modérateur d'ordre public, un fonds destiné à financer des actions de prévention, au développement desquelles elle reste très attachée.

Elle ne saurait pour autant, cautionner une entreprise qui, à l'évidence, soulève de graves questions.

En premier lieu, ces expériences pourront être engagées par des personnes physiques et morales, dont le texte ne précise pas qu'elles doivent être ou regrouper des professionnels de la santé et de l'action sociale.

En second lieu, lesdites expériences doivent être agréées par les seuls ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé. Les organismes de sécurité sociale sont donc seulement appelés à financer. Quant aux élus locaux et aux professions de santé, ils sont chargés, avec les Caisses, de participer à une « évaluation » de ces actions. La concertation avec les principales parties intéressées semble donc être réduite à sa plus simple expression.

En troisième lieu, la faculté reconnue à des personnes physiques de mener de telles expériences laisse planer la menace d'une socialisation « rampante » de la médecine qui, peu à peu, mettrait en cause

son exercice libéral, par une concurrence inavouée à la formule du paiement à l'acte.

En quatrième lieu, certaines informations conduisent votre commission à penser que, loin d'être expérimentales, les premières actions, déjà engagées, visent à créer des unités de soins d'une dimension importante. Ces actions, dès lors difficilement réversibles, conduiront donc à la multiplication des centres de santé, sans que les professions de santé aient la possibilité d'exprimer, sinon d'imposer, leur point de vue.

En cinquième lieu, on aperçoit mal les modalités de financement des actions de prévention, dès lors que les caisses de sécurité sociale seront chargées seulement de financer des soins curatifs.

Votre commission condamne donc un dispositif qui laisse trop de place à l'arbitraire ministériel et menace, sans concertation préalable, l'avenir de l'exercice libéral de la médecine. Seule une convention, librement négociée par les Caisses et les professions de santé, doit servir de cadre à des expériences qui, sans une telle précaution, conduisent à une aventure inacceptable. Votre commission désapprouve, en conséquence, le contenu des articles 19 et 20.

CHAPITRE VI

L'ASSIETTE DES COTISATIONS SOCIALES DES TRAVAILLEURS NON SALARIÉS NON AGRICOLES

Les articles 21 à 26 du projet de loi prévoient que les cotisations sociales des travailleurs indépendants seront progressivement assises sur les revenus prévisionnels de l'année en cours, et régularisées lorsque les revenus effectifs seront connus.

Votre commission vous propose d'examiner, ici encore, d'une part les mesures qui vous sont proposées et, d'autre part, les raisons qui, finalement, l'ont conduite à vous demander de les écarter.

A. — Les mesures proposées : une harmonisation de l'assiette des cotisations

a) La législation en vigueur

Les cotisations d'assurance vieillesse des travailleurs indépendants sont assises sur les revenus imposables de l'antépénultième année (N-2) et régularisées deux ans plus tard, lorsque le revenu imposable de l'année N est définitivement connu. Un tel décalage provoque des difficultés de trésorerie, supportées par le régime et impose aux nouveaux retraités des charges de régularisation souvent élevées.

Les cotisations d'assurance maladie sont versées en deux fois, au 1^{er} avril et au 1^{er} octobre. A la première échéance, la cotisation est calculée sur l'antépénultième année. A la seconde échéance, au contraire, la cotisation est assise sur les revenus de l'année précédente. Certes, le décalage est moins important qu'en ce qui concerne l'assurance vieillesse, mais aucun ajustement n'est prévu, ce qui entraîne, pour la CANAM, une perte définitive de recettes

Quant aux cotisations d'allocations familiales, leurs modalités de calcul ont été modifiées par deux décrets en date des 30 et 31 mars 1982, pour les rapprocher de celles qui s'appliquent aux autres employeurs.

Ces décrets ont prévu que les cotisations sont calculées sur les revenus de l'année en cours, par une estimation prévisionnelle des cotisations établie sur la base des revenus de l'année précédente, obtenus par l'application du taux correspondant à la hausse des prix aux revenus de l'antépénultième année. La régularisation intervient deux ans plus tard.

b) *Les articles 21 à 26*

Le projet de loi prévoit que les cotisations des travailleurs indépendants seraient calculées sur les revenus prévisionnels de l'année en cours, selon des modalités assez complexes.

Le revenu imposable de l'antépénultième année serait revalorisé deux fois, par une application successive du taux de la hausse des prix de l'année N-1 et du taux prévu par le budget pour la hausse des prix de l'année N. Le plafond serait, quant à lui, déterminé par référence à la moyenne des salaires plafonds retenus au 1^{er} janvier et au 1^{er} juillet.

La régularisation interviendrait deux ans plus tard et toucherait principalement, dans la pratique, les cotisations d'assurance maladie. Les cotisations d'allocations familiales et d'assurance vieillesse, plafonnées, ne donneraient lieu à régularisation que pour les seuls revenus inférieurs au plafond.

Afin d'éviter des augmentations trop brutales de cotisations, le projet offre aux intéressés la faculté de prouver que leurs revenus seront inférieurs au revenu prévisionnel. Dans ce cas, un revenu forfaitaire d'un montant inférieur serait retenu.

**B. — Les observations de votre commission :
un blanc-seing inacceptable accordé au gouvernement**

L'application du dispositif des articles 21 à 26 contribuera, sans nul doute, à accroître très sensiblement la charge des assurés des régimes intéressés.

S'agissant d'abord de l'assurance vieillesse, l'application de la loi entraînera simplement, selon le gouvernement, un effet de trésorerie sur les régimes. En effet, plutôt qu'une régularisation au cours de l'année N-2, l'actualisation immédiate permettrait d'accorder aux caisses un supplément de cotisations qui, de toute façon, leur serait revenu plus tard.

Votre commission doit, à cet égard, constater d'une part, que l'accélération du recouvrement accentue, en francs constants, le poids de la cotisation et, d'autre part — cette remarque s'appliquant à l'ensemble du dispositif — que les conditions de prise en compte d'une dégradation sensible de la situation de ressources des intéressés, peuvent conduire à des injustices regrettables.

Compte tenu de la situation financière actuelle des régimes (CANCAVA et ORGANIC), apparemment équilibrée, le Ministre indique que l'actualisation n'interviendrait pas immédiatement dans le domaine de l'assurance vieillesse.

S'agissant des cotisations d'assurance maladie, qui ne font pas actuellement l'objet d'une régularisation, l'actualisation de l'assiette entraînera une très lourde aggravation du poids des contributions des assurés. Certes, le gouvernement envisage d'appliquer très progressivement le texte. Mais aucun calendrier n'est proposé au Parlement, qui lui permettrait de connaître les intentions gouvernementales. Selon le rapport de l'Assemblée Nationale, il pourrait être question, si la situation financière de la CANAM l'exigeait, de rapprocher d'un an (N-1) le revenu des intéressés qui permet le calcul de la cotisation versée au mois d'avril.

Votre commission interrogera précisément le gouvernement sur ce point. Elle doit cependant vous indiquer que, selon les estimations actuelles, la situation financière, pour 1983, devrait conduire à un très léger déficit du régime, de l'ordre de 200 millions de francs.

S'agissant enfin des cotisations d'allocations familiales, la réforme sera appliquée dès le 1^{er} janvier 1983, entraînant un simple effet de trésorerie pour la CNAF, et les conséquences précédemment indiquées en ce qui concerne les cotisations d'assurance vieillesse pour les assurés.

Sur l'ensemble de ce dispositif, l'avis de votre Commission ne peut finalement qu'être défavorable et ce, pour plusieurs raisons :

— d'abord, le gouvernement vous demande de lui donner un blanc-seing pour réaliser une harmonisation des cotisations, selon les

nécessités financières des régimes. Si, à législation constante, la situation de leurs comptes se dégrade et exige d'appliquer la loi, comment sera, dès lors, réalisée l'harmonisation des prestations, pourtant promise par le gouvernement ?

— ensuite, selon le rapporteur de l'Assemblée Nationale, en période d'inflation et de maintien du pouvoir d'achat, le rendement financier de la mesure sera considérable. Votre commission ajoute que la référence à la hausse des prix, à un moment où, à l'évidence, la politique de blocage puis de contrôle des prix a faussé la formation des revenus, peut conduire à des effets pervers très regrettables. Elle précise que la prise en compte, au titre de l'année N, du taux de la hausse des prix de l'ensemble de l'année, augmente induement l'assiette de la cotisation.

— enfin, s'agissant des cotisations plafonnées, il est clair que la mesure proposée affectera principalement ceux des assurés qui, par définition, disposent des ressources les moins élevées. L'aspect antisocial du dispositif apparaît donc très clairement.

Certes, le nouveau dispositif comporte des avantages techniques, qui, notamment à l'égard des retraités, ne sont pas contestables. Mais l'accroissement corrélatif du poids des cotisations, sans contrepartie garantie, ne saurait permettre de les accepter.

En somme, votre commission, soucieuse de préserver le droit de contrôle du Parlement, et de protéger les personnes aux revenus modestes, vous demande d'écarter les articles 21 à 26.

CHAPITRE VII

LA COTISATION SUR LES CONSOMMATIONS D'ALCOOL ET DE TABAC

L'article 27 introduit une taxe d'un genre nouveau sur les alcools et sur les tabacs.

Votre Commission s'associe à la pétition de principe du Ministre qui prétend vouloir ainsi lutter contre les deux fléaux sanitaires et sociaux que sont le tabagisme et l'alcoolisme. Elle rappelle à cette occasion qu'elle aurait voulu, pour sa part, que la loi du 9 juillet 1976 réglemente plus sévèrement encore la publicité sur les tabacs, et que, sur le rapport de M. Jacques HENRIET, elle avait tenté, avant même la publication du rapport du professeur BERNARD, de dégager les lignes de force d'une politique de lutte contre l'alcoolisme.

Les Ministres successifs de la Santé ont, depuis longtemps, tenté de définir les moyens juridiques qui permettraient de créer une taxe spécifique sur les alcools et les tabacs qui profiterait essentiellement au « financeur » des effets sanitaires désastreux de la consommation de ces produits, c'est-à-dire à la sécurité sociale.

Toutefois, les périls économiques et juridiques qui menaçaient un tel dispositif ont finalement conduit les gouvernements précédents à renoncer, finalement, à prendre une telle mesure.

L'actuel Ministre de la Solidarité nationale et des Affaires sociales ne manifeste pas, pour sa part, une telle prudence et vous propose de retenir un dispositif qui, à tous égards, est éminemment contestable.

1. — *La taxe sur les alcools*

S'agissant d'abord des alcools, il vous est proposé de taxer les seules bouteilles contenant des alcools titrant plus de 25°. Votre Com-

mission constate dès lors que les objectifs apparemment sanitaires tombent. Certes, la consommation de spiritueux, d'alcools de distillation et de liqueurs augmente régulièrement. Mais les consommations de vin et, de plus en plus, de bière restent les principales responsables des ravages de l'alcool en France. Le Gouvernement a écarté ces produits, pour des raisons politiques mal dissimulées, du champ d'application de la taxe, qui revêt, dès lors, un caractère exclusivement financier.

La taxe, d'un montant de 10 Francs par litre, serait recouvrée sous la forme d'une vignette, apposée sur les bouteilles. Elle devrait rapporter 3 milliards de Francs. Le recouvrement de cette vignette soulèvera des problèmes techniques qui ne semblent pas encore résolus par le Gouvernement.

2. — *La taxe sur les tabacs*

S'agissant de la taxe sur les tabacs, si la portée sanitaire de la mesure apparaît moins contestable, les modalités retenues sont choquantes à plusieurs titres.

D'abord, l'aggravation très forte du poids de la fiscalité interdit par ailleurs que soit poursuivie la très sage politique des prix, engagée par le Gouvernement précédent, qui tendait à permettre à la SEITA, dont le statut juridique a été récemment modifié, de développer son activité dans des conditions plus conformes aux exigences de la vie industrielle. A cet égard, le Gouvernement manifeste la constance d'une démarche qui, à travers les nationalisations, l'a conduit à considérer que les entreprises publiques avaient moins pour mission d'assurer leur développement économique dans le cadre de la concurrence nationale ou internationale que de respecter, au dépens même de leur situation financière, les actions décidées pour elles par l'Etat.

Ensuite, l'augmentation brutale (0,25 F par francs) du prix du tabac ne manquera pas de faire chuter brutalement la consommation de ce produit ; la sécurité sociale et l'Etat risquent donc, ensemble, d'enregistrer une perte de recettes qui réduira très sensiblement le produit escompté de la taxe (3,5 milliards de francs).

Enfin, il est apparu à votre Commission que les conditions juridiques de la mise en œuvre de cette taxe conduisent la France à violer ses obligations européennes.

Il convient de rappeler qu'une directive 72/464 du 19 décembre 1972 a entamé un processus d'harmonisation des accises sur les tabacs manufacturés.

L'article 2 de cette directive stipule que : « Les Etats membres s'abstiennent de soumettre les tabacs manufacturés à une imposition autre que l'accise visée à l'article premier et la taxe sur la valeur ajoutée prévue par la directive du Conseil du 11 avril 1967 ».

En outre, l'article 4 prévoit que :

« 1. Les cigarettes nationales et importées sont soumises dans chaque Etat membre à une accise proportionnelle calculée sur le prix maximum de vente au détail, droits de douane inclus, ainsi qu'à une accise spécifique calculée par unité de produit.

2. Le taux de l'accise proportionnelle et le montant de l'accise spécifique doivent être les mêmes pour toutes les cigarettes ».

Ces dispositions conduisent tout d'abord à s'interroger sur la nature de la cotisation spéciale instituée par l'article 27 du projet de loi. Aux termes du paragraphe IV de cet article cette cotisation n'est pas assimilable à une taxe fiscale ou parafiscale et n'est pas incluse dans l'assiette de la taxe à la valeur ajoutée. Cependant, son recouvrement, effectué par l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale, assistée en tant que de besoin par les Services de l'Etat, est soumis aux mêmes conditions, garanties et sanctions qu'en matière de contributions indirectes.

Il s'agirait en quelque sorte d'une redevance « *sui generis* » destinée à alimenter la Caisse nationale d'assurance maladie.

Cependant, selon la Commission (C.E.E.) le terme « imposition » de l'article 2 de la Directive 72/464 doit s'entendre au sens le plus large et vise toute charge fiscale, parafiscale ou d'effet équivalent susceptible de grever le produit. Quelle que soit la qualification de la cotisation créée par l'article 27 du projet, il y a dès lors tout lieu de craindre qu'elle ne constitue effectivement au regard des dispositions communautaires « une imposition autre que l'accise et la TVA » et qu'elle soit dès lors considérée à ce titre comme une infraction à l'article 2 de la Directive 72/764.

Pour écarter ce risque, tout en assurant les recettes que l'on pouvait attendre de la cotisation de l'article 27, une solution qui s'inscrirait mieux dans le cadre de la directive résiderait sans doute dans une augmentation de l'accise sur le tabac dès lors que l'on respecterait le rapport prévu par l'article 4 de la directive entre la partie spécifique et la partie *ad valorem* déterminées et identiques pour toutes les cigarettes.

Le timbre figurant sur les paquets de cigarettes serait alors considéré comme moyen de paiement de l'impôt en tant que recette perçue au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie.

Une disposition de ce genre écarterait le risque de voir l'article 27 considéré comme en infraction avec la Directive communautaire, tout en procurant les recettes nécessaires à l'équilibre de la Caisse.

Cette solution ne semble toutefois pas devoir être retenue par le gouvernement dans la mesure où l'article 14 du projet de loi de finances pour 1983, adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture, actualise déjà les taux du droit de consommation sur les tabacs manufacturés dans des proportions qui correspondent à une hausse des prix de 8 %.

3. — *Les critiques communes aux deux taxes*

Les difficultés financières de la sécurité sociale ne sauraient être résolues par un transfert pur et simple de charges. Or, la taxe sur les alcools et les tabacs constituent, à l'évidence, une débudgétisation de ressources jusqu'à présent recouvrées par l'Etat. Certes, le Ministre tient à disposer d'une ressource propre à la sécurité sociale, qui lui soit définitivement attribuée. Est-ce là une raison suffisante pour créer une forme nouvelle de prélèvement obligatoire sur la nature de laquelle votre Commission laissera à la Commission des Finances le soin de se prononcer ?

En outre, il est clair que l'accroissement brutal du prix des produits incriminés entraînera une chute, même provisoire, de la consommation, qui pèsera sur les producteurs et, singulièrement sur des producteurs de tabacs qui, sur la demande de l'Etat, ont récemment investi pour réorienter leur production en fonction de l'évolution de la demande.

Le rapporteur de l'Assemblée nationale proposait, pour sa part, l'institution d'une taxe sur la publicité de l'ensemble des alcools et des tabacs. Cette mesure, plus juste, aux effets sanitaires incontestables, aurait pu éventuellement retenir l'attention de votre Commission.

Elle sait cependant que le Gouvernement, pour des raisons financières, ne saurait accepter une telle proposition.

Dans ces conditions, elle vous demande d'écarter l'article 27, juridiquement et économiquement condamnable, dont les effets sanitaires sont, au surplus, contestables.

CHAPITRE VIII

L'ACCROISSEMENT DES COMPÉTENCES DU COMITÉ D'ENTREPRISE

L'article 28 (nouveau), introduit par l'Assemblée Nationale, étend les compétences du comité d'entreprise, en contraignant l'employeur à l'informer des conditions du paiement de ses cotisations de sécurité sociale.

A l'évidence, cet article n'entre pas dans le cadre strict de ce projet de loi.

Pour cette raison, votre Commission vous demande donc de l'écartier purement et simplement.

CONCLUSIONS DE LA COMMISSION

A l'issue de ses débats, qui lui ont permis d'examiner chacune des mesures qui lui étaient proposées, votre Commission a constaté que ses décisions l'avaient conduite à rejeter l'ensemble des articles. Dès lors, le rapporteur, sur la suggestion de M. Jean Chérioux, lui a proposé l'adaptation d'une motion tendant à opposer la question préalable. Aux arguments développés jusqu'ici, dans le cadre du présent rapport, elle souhaite, pour justifier sa décision, ajouter quelques considérations générales qui lui paraissent importantes.

D'abord, votre commission, à entendre les déclarations gouvernementales, attendait, face à la dégradation financière des comptes de la sécurité sociale, qu'elle ne conteste pas, une réforme profonde de l'institution qui, renforçant la solidarité nationale, permette en même temps d'alléger les charges de nos entreprises, confrontées aux effets redoutables de la crise économique mondiale et de la concurrence internationale.

Au lieu et place de cette réforme ambitieuse, le gouvernement lui propose et soumet à l'approbation du Sénat un dispositif hétéroclite destiné à dégager, selon un calendrier subtil, les moyens de financement qu'exigera, en 1983, la situation financière de la sécurité sociale.

Certes, ce projet comporte un aspect positif. L'actuel ministre de la solidarité nationale et des affaires sociales veut bien reconnaître, au contraire de son prédécesseur, que la sécurité sociale ne peut survivre que par la prise en compte de ses réalités financières. Votre commission doit reconnaître qu'elle a été très favorablement impressionnée par le discours tenu, devant elle, par le Ministre.

Elle a constaté, à cet égard, que, comme elle, M. Pierre Bérégovoy comprenait l'attachement des Français à leur système de protection sociale, dont le Ministre a bien voulu dire qu'il était juste et redistributif. Un tel propos justifie les politiques menées par les gouvernements antérieurs et reconnaît la qualité d'un héritage si souvent condamné par l'actuelle majorité présidentielle.

Mais votre Commission ne saurait, pour autant, approuver le projet de loi, qui, à l'évidence, soulève de très graves questions.

Depuis son institution, la sécurité sociale a dû surmonter des périodes de crise financière très aiguës. La plus importante avait conduit le gouvernement, en 1967, à engager une réforme profonde de l'organisation administrative et financière de l'institution, réforme remise en cause aujourd'hui selon des modalités qui ont été fort bien examinées récemment par M. Louis Souvet, rapporteur de votre Commission sur le projet de loi relatif à la composition des conseils d'administration de la sécurité sociale.

La crise économique que subit aujourd'hui le monde occidental, a affecté, dès 1975, la situation financière de la sécurité sociale, privée, du fait du chômage, d'une partie de ses ressources, alors même que les dépenses ne cessaient de progresser. Un premier plan de redressement, présenté en décembre 1975 par M. Durafour, a été suivi de cinq autres trains de mesures qui, jusqu'en mai 1981, ont permis finalement de sauver l'institution.

Le gouvernement de M. Pierre Mauroy, après une période d'euphorie qui a conduit à retenir, à la hâte, des mesures dont les effets se sont aujourd'hui sentir, a dû lui aussi, dès le mois de novembre 1981, arrêter un plan de sauvetage qui, insuffisant, exige maintenant que de nouvelles mesures soient prises. Qu'il soit permis, à cette occasion, à votre commission, de noter que l'actuelle majorité présidentielle, après avoir dénoncé la politique des gouvernements précédents, accepte aujourd'hui ce qu'elle rejetait hier, en adoptant en outre des mesures qu'aucun ministre, avant 1981, n'avait finalement accepté de retenir.

Quelles sont donc, précisément ces mesures, et dans quel cadre se situent-elles ?

Votre commission constate d'abord que, depuis maintenant près de dix-huit mois, seules des informations fragmentaires, publiées à l'issue des conseils des ministres, lui ont permis de connaître la situation financière de la sécurité sociale.

La commission des comptes de la sécurité sociale, créée sur l'initiative de M. Jacques Barrot, a permis, au cours des dernières années, de tenir le Parlement, au printemps et à l'automne, informé de l'évolution des comptes du régime général, et selon les cas, de certains autres régimes.

Depuis le 10 mai 1981, la commission n'a été réunie qu'une seule fois, en juillet de la même année. Depuis, aucune information précise n'a été présentée au Parlement, autre que celle qui résulte de l'annexe à la loi de finances pour 1982, dont le niveau d'agrégation des comptes interdit une analyse satisfaisante.

En somme, il vous est demandé aujourd'hui d'accroître les moyens de financement des régimes, sans qu'aucune indication ne permette de connaître précisément les besoins.

Cette attitude est paradoxale de la part d'un gouvernement qui, pourtant, avait pris l'engagement solennel d'organiser, au printemps de chaque année, un vaste débat sur l'évolution de la protection sociale.

Ensuite, le Ministre prétend qu'au contraire des précédents, son plan vise à sauver l'institution, alors que les mesures prises par les Gouvernements antérieurs visaient à réduire le champ de la protection sociale. Votre Commission constatera simplement, à cet égard, qu'avant le changement politique intervenu en 1981, les équilibres financiers avaient été presque rétablis. Le relâchement brutal de la politique de maîtrise des dépenses de santé, associé aux mesures sociales intervenues en mai et juin 1981, ont conduit à une reprise très nette de la croissance des dépenses, insuffisamment compensée par une évolution des recettes freinée par la dégradation de la situation de l'emploi. Il convient d'ajouter à cet égard que le blocage récent des prix et des salaires a réduit encore l'assiette des cotisations, alors que les effets liés à l'augmentation des prestations continuent à se faire sentir. Certes, l'amélioration des prestations n'est pas contestable par elle-même. La situation économique de la France permettait-elle, pour autant, d'y procéder ?

Il ne saurait donc être question, pour votre Commission, d'accepter un dispositif qui vise à pallier les effets néfastes d'une politique économique et sociale qu'elle n'a pas cessé de dénoncer. Elle n'entend donc en aucun cas partager la responsabilité politique d'une situation provoquée par des actions qu'elle a constamment désapprouvées.

Enfin, et surtout peut-être, le projet de loi qui vous est soumis ne constitue, pour l'essentiel, qu'un simple transfert de charges, destiné à désengager la sécurité sociale.

Transfert de charges, en premier lieu, vers les assurés eux-mêmes, qui ne peut s'analyser autrement que comme une régression sociale :

— ainsi en va-t-il de l'augmentation brutale de la cotisation d'assurance maladie des préretraités, imposée au mépris des engagements gouvernementaux ;

— ainsi, en va-t-il également du forfait journalier, qui frappera, malgré un régime d'exonération, insuffisant, les personnes les plus défavorisées ;

— ainsi, en va-t-il enfin de la modification de l'assiette des cotisations des travailleurs indépendants, qui accroîtra très sensiblement leur contribution obligatoire, sans qu'aucune garantie ne soit apportée en ce qui concerne l'harmonisation des prestations.

Transfert de charges, en second lieu, vers l'Etat, qui abandonne à la sécurité sociale, selon des modalités juridiques et techniques douteuses, une partie des ressources fiscales qui résulte de la taxation des tabacs et des alcools. Il convient d'ajouter à cette mesure le transfert de la charge de l'allocation aux adultes handicapés prévu dans le projet de loi de finances pour 1983. Certes, un tel transfert correspond à une volonté ancienne. Mais il ne saurait tenir lieu d'une politique véritable de redressement des comptes publics.

Transfert de charges, en troisième lieu, sur l'industrie pharmaceutique, à qui il est imposé d'apporter sa contribution au financement de la sécurité sociale, au risque de mettre en péril l'avenir de notre recherche dans ce domaine, le développement de la presse médicale scientifique et l'emploi des visiteurs médicaux.

Le Ministre, pour justifier de telles mesures, prend deux engagements :

— d'une part, il constate qu'aucune de ces mesures ne pèse sur nos entreprises. Une telle affirmation oublie la taxe sur l'industrie pharmaceutique et la taxe sur les alcools et les tabacs, qui menacent des secteurs économiques importants. Mais surtout, elle ne saurait dissimuler que, par ailleurs, les entreprises sont contraintes d'apporter sept milliards au financement du déficit de l'UNEDIC, contrairement à la promesse du Premier Ministre de ne pas augmenter leurs charges avant juin 1983 ;

— d'autre part, il prétend s'engager dans une politique de maîtrise des dépenses de santé qui évite, à l'avenir, de recourir à de nouvelles augmentations de recettes. Or, la solution retenue, la dotation globale, menace les Français d'un rationnement de leur consumma-

tion sanitaire et semble devoir être mise en œuvre avant même que l'institution hospitalière n'ait été réformée.

En outre, la maîtrise de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie ne suffira pas à garantir définitivement l'équilibre de la sécurité sociale, menacée, à terme, par l'évolution des comptes de l'assurance vieillesse. L'abaissement de l'âge de la retraite à 60 ans, qui doit être prochainement mis en œuvre, pose inopportunément, avec plus d'acuité encore, ce problème essentiel, en substituant à un mécanisme conjoncturel, la garantie de ressources, une réforme structurelle dont les effets ont été insuffisamment appréciés.

En somme, votre Commission désapprouve la philosophie même qui a déterminé la préparation de ce projet de loi, dont elle a toutefois voulu nous montrer, à l'occasion de l'examen de ses articles, les insuffisances manifestes.

Tel est l'ensemble des raisons qui l'on conduite à vous demander d'adopter une motion tendant à opposer la question préalable.

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I. — Audition du Ministre

Mardi 26 octobre 1982

Le ministre a, d'abord, indiqué que la philosophie du Gouvernement reposait sur trois principes qui sont successivement l'attachement des Français à leur système de protection sociale, les effets de la crise économique sur la situation financière de ce dernier et la nécessité de maintenir une protection sociale de haut niveau. Il a rappelé que la politique d'équilibre des comptes sociaux devait s'inscrire dans la politique économique générale du Gouvernement et ne pouvait en aucun cas, dans ces conditions, entraver la lutte contre l'inflation et le chômage.

La combinaison de ces principes et de cette politique économique a amené le Gouvernement à dégager des ressources nouvelles sans relever les cotisations des salariés et des entreprises, ni porter atteinte au niveau actuel de la protection sociale.

S'agissant de l'évolution des dépenses, le ministre a décrit les inconvénients du système actuel de tarification à la journée, en montrant au contraire les avantages du budget global qui, instrument de la programmation de la dépense hospitalière, sera mis en application le 1^{er} janvier 1984. M. Bérégovoy a alors voulu démontrer le caractère égalitaire du forfait journalier qui permettrait en outre de remettre de l'ordre dans certaines formes d'hospitalisation. S'agissant des recettes, le ministre a justifié la cotisation d'assurance maladie sur les allocations de garanties de ressources, par la nécessité de rapprocher la situation des bénéficiaires de ladite allocation, à la fois de celle des salariés actifs et de celle des retraités. Puis, il a présenté les deux taxes instituées, d'une part, sur la publicité et, d'autre part, sur le tabac et sur les alcools.

Enfin, le ministre a commenté l'ensemble des dispositions tendant, selon lui, à assurer progressivement l'harmonisation des cotisa-

tions entre le régime des non salariés des professions non salariées non agricoles, et le régime général d'assurance maladie.

M. André Bohl, rapporteur, a d'abord constaté qu'une fois encore la réforme fondamentale de la Sécurité sociale était reportée à une date ultérieure. Il a également noté que la tarification hospitalière, autant que les autres mesures du projet de loi, était mise en œuvre avant l'adoption de la réforme hospitalière promise pour 1983 et du projet de loi relatif à la décentralisation des organismes de Sécurité sociale. Après avoir regretté cette situation, M. André Bohl a demandé au ministre de préciser le contenu technique des dispositions relatives aux actions expérimentales, au forfait hospitalier et au budget global.

M. Jean Béranger a constaté que l'application d'une cotisation majorée sur les garanties de ressources, comme d'autres dispositions du projet, visait en vérité à un transfert de charges et il s'est interrogé sur le point de savoir si dans ce cas le ministre envisageait de relever les cotisations d'assurance maladie sur les retraites.

M. Paul Robert a regretté que l'institution d'une cotisation sur les préretraites mette en cause « d'une manière dramatique » le contrat moral signé par les intéressés.

M. Louis Jung a considéré, pour sa part, qu'avant d'atteindre aux droits des assurés, il convenait de lutter contre les gaspillages. Il a constaté à cet égard que l'institution du livret de santé constituait l'une des mesures acceptables du dispositif législatif et réglementaire présenté par le ministre.

M. Henri Belcour a demandé au ministre de préciser le régime futur du budget global et de montrer les avantages qu'il présentait sur les autres modes de tarification possibles.

M. Jean Chérioux est alors intervenu pour constater que l'alternative prix de journée/budget global n'existait pas et que le débat véritable résidait dans les moyens d'éliminer les effets pervers du système actuel du prix de journée. Il a considéré de ce point de vue que la solution du prix de journée éclaté, elle aussi expérimentée dans le cadre de la loi du 4 janvier 1978, présentait des avantages évidents.

M. Pierre Louvot, s'il s'est accordé avec le ministre pour constater l'attachement des Français à leur système de protection sociale, a souhaité pour sa part que cet attachement se traduise par plus de res-

ponsabilités et moins d'assistance. Une telle démarche suppose, selon lui, que d'autres mesures soient engagées, plus ambitieuses que le seul catalogue de dispositions techniques, de caractère uniquement financier, contenu dans le projet de loi.

En réponse aux orateurs, M. Pierre Bérégovoy a confirmé que selon lui les Français étaient à bon droit attachés à un système de protection sociale juste et redistributif. Pour justifier la portée limitée et disparate des dispositions du projet, il a rappelé que son souci avait été d'écarter à la fois un relèvement des cotisations à la charge des entreprises et une réduction des prestations. Il a confirmé au rapporteur que les deux réformes relatives à la décentralisation de la Sécurité sociale et à l'hôpital seraient représentées au Parlement dans le courant de l'année 1983, et que certaines dispositions ne seraient mises en œuvre que dans l'hypothèse où l'évolution financière l'exigerait.

S'agissant du forfait journalier, le ministre a voulu démontrer qu'il permettrait de supprimer une bureaucratie hospitalière coûteuse pour les établissements et désagréable pour les assurés.

En ce qui concerne le budget global, M. Bérégovoy a confirmé le caractère pervers de la tarification de journée et a affirmé que le budget global ne conduirait pas à une gestion de l'hôpital par la Sécurité sociale mais à une meilleure maîtrise des dépenses garantie par une concertation authentique.

S'agissant des ressources, le ministre a confirmé la nécessité de rapprocher la situation de ses bénéficiaires de celle des salariés, en n'excluant pas à terme un relèvement possible des cotisations d'assurance maladie sur les retraites.

Enfin, le ministre a constaté que la taxation des tabacs et des alcools n'avait fait, au plan européen, l'objet d'aucune objection de la part de la commission européenne.

II. — EXAMEN DU RAPPORT

Mercredi 10 novembre 1982

Sous la présidence de M. Robert Schwint, puis de M. Louis Berger, la Commission a examiné, le 10 novembre 1981, sur le rapport de **M. André Bohl**, le projet de loi n° 56 (1982-1983) adopté par l'Assemblée Nationale après déclaration d'urgence, portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale.

Le rapporteur a indiqué à la Commission que selon lui, le projet de loi soumis à son examen était le résultat d'une politique économique et sociale dont la majorité du Sénat n'a jamais accepté les orientations. Il a constaté que les informations relatives à la situation financière de la sécurité sociale étaient très fragmentaires et que la commission des comptes de la sécurité sociale, créée par le gouvernement précédent, n'a pas été réunie depuis le mois de juillet 1981. Il a enfin voulu montrer que le projet de loi constituait un simple transfert de charges, destiné à désengager la sécurité sociale, vers les assurés, l'Etat, les collectivités locales et enfin les industries pharmaceutiques.

M. Noël Berrier a regretté que l'exposé de M. André Bohl soit plus proche du réquisitoire que du rapport parlementaire. **Mme Monique Midy** a rejeté l'ensemble des conditions du rapporteur dont elle a condamné le ton.

M. Jean Chérioux a considéré que la majorité sénatoriale ne pouvait accepter de demander aux Français un nouveau sacrifice, résultat d'une politique économique et sociale qu'elle a constamment rejetée.

M. Robert Schwint, déclarant intervenir à titre personnel, a condamné la vivacité du propos du rapporteur en regrettant que la politique du gouvernement soit présentée d'une façon aussi négative. Il a rappelé que depuis 1975, les plans de financement de la sécurité sociale n'avaient cessé de se multiplier et qu'il est excessif de faire peser sur le seul actuel gouvernement, la responsabilité de la situation actuelle. Il a

indiqué enfin que le rétablissement des équilibres nécessitait à la fois une action sur les recettes et une meilleure maîtrise des dépenses de sécurité sociale.

M. Michel Moreigne a souhaité que le rapport comporte plus de nuances, notamment en ce qui concerne les mesures sociales prises en mai et juin 1981, et l'abaissement de l'âge de la retraite à soixante ans.

M. Jean Béranger, s'associant aux propos de ses collègues appartenant à l'opposition sénatoriale, a rappelé que Mme Simone Veil et ses successeurs avaient envisagé de mettre en application la plupart des mesures aujourd'hui contenues dans le projet de loi.

M. Jean Chérioux est intervenu à nouveau pour rappeler qu'il ne saurait être question de changer les responsabilités. Il appartient, selon lui, à la majorité présidentielle d'assumer la charge des conséquences de sa propre politique.

M. Robert Schwint, s'exprimant toujours à titre personnel, a rappelé que le Sénat ayant avant tout pour mission de légiférer, une attitude aussi négative que celle du rapporteur lui interdisait d'assumer une telle mission.

M. André Bohl, rapporteur, a indiqué que les conditions de préparation de son rapport avaient été difficiles, qui ne lui avaient pas permis de recevoir un certain nombre d'informations. Il a notamment regretté que le rapport relatif aux expérimentations de tarification hospitalière n'ait pas été soumis au Parlement avant la mise en œuvre de la dotation globale de fonctionnement des établissements.

M. Rober Schwint a demandé au rapporteur de ne pas méconnaître la portée sociale des mesures d'amélioration des prestations arrêtées par le gouvernement en 1981.

M. Louis Boyer a constaté pour sa part que si ces mesures sociales n'étaient pas mauvaises en elles-mêmes, leur coût n'était pas supportable pour l'économie française qui, depuis lors, a subi les effets de cette politique initiale.

M. Jacques Bialski a rappelé que les gouvernements antérieurs promettaient depuis de longues années, une réforme d'ensemble de l'institution de la sécurité sociale et que l'on ne pouvait demander immédiatement à un gouvernement de gauche de faire ce que l'actuelle opposition n'était pas parvenue à réaliser en vingt-trois ans d'exercice de responsabilités du pouvoir.

La Commission a alors abordé l'examen des articles.

Aux articles 3 et 4, le rapporteur a indiqué à la Commission que l'accroissement de la cotisation d'assurance maladie des préretraités, contraire aux engagements du Président de la République, entraînait une réduction sensible du pouvoir d'achat des intéressés en violant les engagements de l'Etat à l'égard de ceux qui ont accepté de quitter leur emploi au profit de jeunes travailleurs, en contrepartie d'un revenu sur lequel ils devaient pouvoir compter.

La Commission a alors adopté deux amendements présentés par son rapporteur, tendant à supprimer les articles 3 et 4.

A l'article 5, le rapporteur a rappelé que la taxe sur les industries pharmaceutiques compromettait l'avenir d'une profession dont la progression raisonnable des prix de ses produits justifiait que tous les moyens lui soient laissés pour poursuivre ses efforts de recherche. Il a ajouté qu'une telle taxe menaçait l'emploi des onze mille visiteurs médicaux et le développement de la presse médicale à caractère scientifique. Enfin il a considéré qu'une telle pénalisation pesait lourdement sur la compétitivité de l'industrie pharmaceutique face à des concurrents étrangers soumis à de moins lourdes charges.

M. Robert Schwint a rappelé que trop souvent les revues médicales constituaient plus des recueils publicitaires que des supports de formation et d'information des médecins.

M. Jean Chérioux a considéré pour sa part qu'une telle taxe conduirait soit à une renonciation du développement, soit à une réduction sensible de l'emploi des visiteurs médicaux.

M. Jean Béranger, Mme Monique Midy et M. Noël Berrier ont défendu la moralité d'une mesure qui limiterait à l'avenir certaines dépenses scandaleuses des industries pharmaceutiques.

MM. Louis Boyer, Jean Chérioux et Jean Madelain ont souhaité que la Commission rejette cet article au nom de la recherche médicale française et de la défense de l'emploi.

M. André Bohl est alors intervenu à nouveau pour rappeler que les dépenses consacrées à la rémunération des visiteurs médicaux représentaient les deux tiers des dépenses de publicité et que la promotion de médicaments non remboursables n'était pas affectée par la taxe.

M. Michel Moreigne a acquiescé aux propos du rapporteur en voulant lui démontrer la contradiction de son développement. La Commission a alors adopté l'amendement de son rapporteur tendant à supprimer l'article 5.

Aux articles 6, 7, 8 et 8 bis, le rapporteur a indiqué que le forfait journalier hospitalier était une mesure injuste qui, en fait, conduisait à un désengagement de la sécurité sociale aux dépens des plus défavorisés. Il a également indiqué que le transfert de la sécurité sociale vers l'aide sociale, constituait une régression sociale contraire à l'effort de généralisation poursuivi depuis de longues années. enfin, M. André Bohl a rappelé les lourdeurs de gestion que comportait l'institution du forfait hospitalier.

M. Jean Chérioux a considéré que le forfait journalier n'était pas autre chose qu'un ticket modérateur dont pourtant, l'actuel gouvernement avait promis au cours des récentes consultations électorales la suppression prochaine.

La Commission a alors adopté les amendements de son rapporteurs tendant à supprimer les articles 6, 7, 8 et 8 bis.

Aux articles 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17 et 18, M. André Bohl a d'abord regretté que l'institution d'une dotation globale de financement des hôpitaux, présentée par la sécurité sociale, n'ait pas été précédée par la publication du rapport sur l'expérimentation des formules de financement prévue par la loi du 4 janvier 1978. Il a ensuite constaté que le projet de loi se contentait de prévoir le seul mode de financement par la sécurité sociale des établissements, sans modifier la tarification des autres participations financières et sans procéder à une réforme effective de la gestion hospitalière. Il a rappelé que la suppression des budgets supplémentaires avait déjà conduit les autorités de tutelle à imposer la logique d'une globalisation destinée en fait à rationner la consommation sanitaire des Français. Il a enfin condamné un projet qui touchait au financement des hôpitaux, sans procéder à la réforme de l'ensemble de l'institution, promise pour une date ultérieure.

M. Robert Schwint a regretté, comme le rapporteur du Sénat et celui de l'Assemblée Nationale, que le rapport sur les expérimentations n'ait pas été publié, mais il a voulu montrer l'intérêt d'une clarification des rapports entre l'hôpital et la sécurité sociale.

M. Jean Chérioux a manifesté sa préférence pour une formule de gestion des hôpitaux plus proche de la technique du prix de journée

éclaté en constatant par ailleurs que le projet de loi, loin de retenir le budget global, définissait seulement la dotation de la sécurité sociale à l'hôpital.

M. Louis Boyer a également manifesté sa préférence pour la technique du prix de journée éclaté en souhaitant avant toute réforme, communication du rapport sur les expérimentations. La Commission a alors adopté les amendements de son rapporteur tendant à supprimer les articles 9 à 18 du projet de loi.

M. André Bohl a présenté les articles 19 et 20 relatifs au financement d'actions expérimentales dans le secteur sanitaire et social. Il a voulu montrer les dangers d'un tel dispositif qui, refusant la concertation avec les professions de santé, contenait, en germe, des atteintes à l'exercice libéral de la médecine. La Commission a adopté les deux amendements de son rapporteur tendant à supprimer les articles 19 et 20.

Aux articles 21, 22, 23, 24, 25 et 26, le rapporteur a d'abord regretté que la réforme de l'assiette des cotisations des travailleurs non salariés non agricoles ne s'accompagne pas de mesures d'harmonisation des prestations et constitue en fait un blanc-seing accordé au gouvernement pour procéder, selon les nécessités financières, à un accroissement très lourd des cotisations des intéressés. Il a montré par ailleurs les insuffisances techniques d'un dispositif dont il a souhaité que la Commission le rejette dans son ensemble.

M. Michel Moreigne s'est étonné des conclusions du rapporteur en constatant pour sa part, que depuis longtemps, les parlementaires étaient saisis des protestations des professions intéressées qui condamnaient un système de régularisation de cotisations souvent lourdes à supporter, notamment pour les retraités.

La Commission a alors supprimé les articles 21 à 26 du projet de loi, en adoptant les amendements de son rapporteur.

A l'article 27, **M. André Bohl** a montré que la seule taxation des alcools titrant plus de 25°, ne pouvait constituer une mesure sanitaire destinée à lutter contre l'alcoolisme et que la taxation des tabacs, si elle répondait mieux à cet objectif, était contraire aux obligations européennes de la France.

M. Michel Moreigne, rappelant qu'il avait rapporté la loi du 9 juillet 1976, a donné son approbation à un dispositif qui en complétait utilement la portée. La Commission a alors adopté l'amendement de suppression de l'article 27 présenté par son rapporteur.

A l'article 28, M. André Bohl a proposé la suppression d'une disposition qui, tendant à accroître les compétences du comité d'entreprise, n'entrait pas dans le cadre du projet de loi soumis à l'examen du Sénat.

Mme Monique Midy a interrogé le rapporteur pour savoir si dans un autre cadre, une telle disposition recevrait au fond son approbation.

MM. André Bohl et Jean Madelain ont constaté ensemble que d'ores et déjà, les chefs d'entreprise communiquaient aux salariés l'état du paiement de leurs cotisations sociales qui souvent constituaient le moyen de s'opposer aux revendications des intéressés. La Commission a alors adopté l'amendement de son rapporteur tendant à supprimer l'article 28.

M. Jean Chérioux, constatant que la Commission avait supprimé tous les articles du projet de loi et que l'examen attentif de la Commission lui avait permis de conclure aux insuffisances de l'ensemble du dispositif, a indiqué que seule l'adoption d'une motion tendant à opposer la question préalable permettrait au Sénat d'aboutir à la même conclusion sans engager un débat qui au fond s'avérait désormais inutile.

M. André Bohl, rapporteur, a approuvé les conclusions de **M. Jean Chérioux** et dans le cadre d'une seconde délibération, a soumis à la Commission qui l'a adoptée, une motion tendant à opposer la question préalable dont l'objet est de décider qu'il n'y a pas lieu de poursuivre le débat sur le projet de loi.

MOTION

**tendant à opposer la question préalable,
présentée par M. André BOHL
au nom de la Commission des Affaires Sociales**

En application de l'article 44, troisième alinéa, du Règlement, le Sénat décide qu'il n'y a pas lieu de poursuivre la délibération sur le projet de loi, adopté par l'Assemblée Nationale après déclaration d'urgence, portant diverses mesures relatives à la Sécurité sociale.

TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">CODE du TRAVAIL Livre Troisième Titre II : Emploi Chapitre II : Fonds national de l'emploi</p>	<p style="text-align: center;">Article premier</p>	<p style="text-align: center;">Article premier</p>	<p style="text-align: center;">Adoption de la question préalable.</p>
<p><i>Art. L. 322-4.</i> — Peuvent être attribuées par voie de conventions conclues avec les organismes professionnels ou interprofessionnels, les organisations syndicales ou avec les entreprises :</p>	<p>Une cotisation d'assurance vieillesse et, s'il y a lieu, une cotisation d'assurance veuvage sont prélevées, notwithstanding toute disposition législative contraire, sur les revenus alloués aux assurés en situation, soit de préretraite en application des articles L. 322-4, L. 351-5 et L. 351-17 du Code du travail, soit de cessation anticipée d'activité en application du chapitre II de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 et du titre III de l'ordonnance n° 82-297 du 31 mars 1982.</p>	<p>Supprimé.</p>	
<p>1° des allocations temporaires dégressives en faveur des travailleurs qui ne peuvent bénéficier d'un stage de formation et ne peuvent être temporairement occupés que dans des emplois entraînant un déclassement professionnel ;</p>	<p>Ces cotisations sont dues respectivement au régime d'assurance vieillesse de base et, s'il y a lieu, d'assurance veuvage dont relevait l'assuré du fait de l'activité au titre de laquelle les revenus visés au premier alinéa du présent article lui ont été attribués. Elles sont calculées sur ces revenus selon la même assiette et au même taux que pour les travailleurs actifs dépendant des différents régimes concernés.</p>		
<p>2° (1) des allocations spéciales en faveur de certaines catégories de travailleurs âgés de plus de soixante ans, lorsqu'il est établi qu'ils ne sont pas aptes à bénéficier d'une mesure de reclassement. Les droits de ces travailleurs à l'égard de la Sécurité sociale sont fixés par voie réglementaire.</p>	<p>Elles sont soumises aux règles d'exonération, de précompte, de recouvrement, de contrôle et de contentieux définies en application des ordonnances mentionnées ci-dessus et du deuxième alinéa de l'article 6 de la loi n° 82-1 du 4 janvier 1982.</p>		
<p>(1) La disposition du 2° de l'art. L. 322-4 est abrogée en tant qu'elle fixe à soixante ans l'âge à partir duquel peuvent être servies des allocations spéciales (décret n° 79-705 du 22 août 1979).</p>	<p>Cette cotisation est due à compter du 1^{er} avril 1983.</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>Titre V : Travailleurs privés d'emplois</p>			
<p>Chapitre I : Garanties de ressources des travailleurs privés d'emploi.</p>			
<p><i>Art. L. 351-5.</i> — Le revenu de remplacement des salariés mentionnés à l'article L. 351-3 est compris entre un plancher et un plafond. Il est servi pendant une durée limitée.</p>			
<p>Il est constitué par l'une des prestations suivantes :</p>			
<p>— l'allocation de base, servie, pendant une durée qui peut varier en fonction de leur âge, aux salariés qui n'ont droit ni à l'allocation spéciale ni à l'allocation de garantie de ressources ;</p>			
<p>— l'allocation spéciale, servie pendant une durée maximum de douze mois aux seuls salariés de moins de soixante ans qui ont fait l'objet d'un licenciement pour motif économique ;</p>			
<p>— l'allocation de garantie de ressources, servie aux salariés âgés de soixante ans au moins, dans des conditions d'attribution pouvant déroger aux dispositions des articles L. 351-1 et L. 351-7, 1^{er} alinéa ;</p>			
<p>— le revenu de remplacement versé à des salariés dont l'emploi à temps plein est transformé avec leur accord en emploi à mi-temps au titre d'un contrat de solidarité ; la condition posée à l'article L. 351-1 n'est pas applicable aux bénéficiaires de ce revenu.</p>			

Dispositions en vigueur

Les prestations sont calculées sur la base du salaire antérieurement perçu, sans pouvoir excéder son montant net ; ce salaire est plafonné. L'allocation spéciale est, sauf convention particulière, conclue au niveau national et professionnel, et agréée par les pouvoirs publics dans des conditions fixées par décret, affectée d'une dégressivité trimestrielle.

Les bénéficiaires de l'allocation spéciale allouée à la suite d'un licenciement pour cause économique peuvent percevoir, en cas de reprise d'emploi, une prime d'incitation au reclassement.

Le montant de l'allocation spéciale ne peut être inférieur à 90 p. 100 du montant du salaire minimum de croissance.

Art. L. 351-17. — Dans le champ d'application territorial de la section I du présent chapitre, les salariés des entreprises, sociétés et organismes définis à l'article 164-1 (a) de l'ordonnance n° 58-1374 du 30 décembre 1958, les salariés relevant soit des établissements publics à caractère industriel et commercial des collectivités locales, soit des sociétés d'économie mixte dans lesquelles ces collectivités ont une participation majoritaire ainsi que, nonobstant l'article L. 351-18 (L. 351-16) ci-dessus, les salariés non statutaires des services à caractère industriel et commercial gérés par les chambres de commerce et d'industrie, les salariés non statutaires des chambres d'agriculture et les salariés des établissements et services d'utilité agricole de ces cham-

**Texte du projet
de loi**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Propositions
de la Commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>bres, ont droit, en cas de licenciement, à une indemnisation dont les conditions d'attribution et de calcul sont identiques à celles définies à la section I du présent chapitre.</p> <p>Les employeurs sus-indiqués ont la faculté de ne pas se placer sous le régime de l'article L. 351-2 et d'assurer le service de cette indemnisation soit directement, soit par l'intermédiaire des institutions de l'article L. 351-2 en vertu d'une convention conclue avec elles.</p>			
<p>Ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 relative aux contrats de solidarité des collectivités locales.</p>			
<p>Chapitre II</p>			
<p>Engagements relatifs à la cessation anticipée d'activité des personnels des collectivités locales et de leurs établissements publics administratifs.</p>			
<p><i>Art. 11.</i> — Les contrats de solidarité régis par le présent chapitre peuvent être conclus avec toutes les collectivités locales ainsi qu'avec leurs établissements publics administratifs et leurs groupements.</p>			
<p>Ces contrats ont pour objet de permettre, selon les délais et modalités qu'ils définissent, la mise en œuvre de cessations volontaires et anticipées d'activité entraînant le recrutement d'un nombre au moins égal de nouveaux agents.</p>			
<p>Ces contrats définissent en outre les modalités de contrôle par l'Etat de l'exécution des programmes auxquels ils s'appliquent.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p><i>Art. 12.</i> — Jusqu'au 31 décembre 1983, les personnels des collectivités, groupements ou établissements qui auront conclu avec l'Etat les contrats prévus à l'article 11 pourront être autorisés, sur leur demande et sous réserve de l'intérêt du service, à cesser leur activité par anticipation dans les conditions fixées ci-après.</p>			
<p><i>Art. 13.</i> — Les personnels titulaires pourront demander à cesser leur activité pendant les trois années précédant la date à laquelle ils peuvent prétendre au bénéfice d'une pension à jouissance immédiate, à condition de réunir trente-sept annuités et demie de services salariés effectifs, dont vingt-cinq liquidables au titre de leur régime de retraite d'agents des collectivités locales.</p>			
<p><i>Art. 14.</i> — Les personnels non titulaires des collectivités locales et leurs personnels titulaires à temps non complet non affiliés à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales pourront demander à cesser leur activité durant les trois années précédant la date à laquelle ils pourront prétendre au bénéfice d'une pension de retraite au taux normalement applicable à soixante-cinq ans, à condition de réunir trente-sept annuités et demie de services salariés effectifs, dont dix au profit des collectivités locales.</p>			
<p><i>Art. 15.</i> — Les personnels admis au bénéfice de cette cessation anticipée d'activité percevront un revenu de remplacement égal à 70 p. 100 des émoluments de base correspondant à l'emploi, grade, classe et échelon effective-</p>			

Dispositions en vigueur

ment détenus depuis six mois au moins par ces agents au moment de la cessation de services et de l'indemnité de résidence y afférente.

Le revenu de remplacement alloué aux personnels à temps non complet est calculé au prorata du nombre hebdomadaire moyen d'heures de services accomplis par les intéressés durant les six derniers mois précédant leur admission à la cessation anticipée d'activité.

Le revenu de remplacement ne peut être inférieur à un minimum fixé par voie réglementaire.

Art. 16. — La charge de ce revenu est supportée pour un tiers par la collectivité ou l'établissement et pour les deux tiers par un fonds de compensation des cessations anticipées d'activité des agents des collectivités locales et de leurs groupements ou établissements publics administratifs. La gestion du fonds est assurée par la caisse des dépôts et consignations.

Le service du revenu de remplacement est assuré mensuellement par la collectivité ou l'établissement employeur.

Art. 17. — Le fonds créé à l'article précédent est alimenté par une contribution qui est à la charge des départements, des communes et de leurs groupements ou établissements publics administratifs.

Cette contribution est assise sur le montant des rémunérations soumis à retenue pour pension ; son taux est de 0,5 p. 100.

Texte du projet
de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture

Propositions
de la Commission

Dispositions en vigueur

Elle est recouvrée dans les mêmes conditions et selon les mêmes règles que les contributions versées par les collectivités ou les établissements à la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales et à l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités locales.

Art. 18. — Les bénéficiaires du revenu de remplacement prévu à l'article 15 sont tenus de demander leur admission à la retraite dès qu'il réunissent les conditions d'obtention d'une pension à jouissance immédiate s'ils relèvent de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales ou d'une pension aux taux normalement applicables à soixante-cinq ans, s'ils relèvent du régime général de la sécurité sociale.

Le droit au revenu de remplacement prend fin dès que les intéressés réunissent les conditions sus-indiquées.

Art. 19. — Les agents intéressés ont droit, pendant la période de perception du revenu de remplacement de l'article 15, aux prestations de Sécurité sociale correspondant à leurs statuts respectifs.

La période prévue à l'alinéa ci-dessus est validée gratuitement pour l'ouverture et la liquidation du droit à pension, soit au titre du régime de la caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales, soit au titre du régime général de la sécurité sociale et de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités locales.

**Texte du projet
de loi**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Propositions
de la Commission**

Dispositions en vigueur

Art. 20. — Le revenu de remplacement de l'article 15 donne lieu à la perception de la cotisation établie par l'article 6 de la loi n° 82-1 du 4 janvier 1982.

Art. 21. — Les personnels admis à cesser leurs fonctions par anticipation ne peuvent exercer aucune activité lucrative pendant la période durant laquelle ils perçoivent le revenu de remplacement de l'article 15.

En cas d'inobservation de l'interdiction énoncée à l'alinéa précédent, le service du revenu de remplacement est suspendu ; il est procédé à la répétition des sommes indûment perçues.

La période de perception irrégulière du revenu de remplacement ne peut être validée par application du deuxième alinéa de l'article 19 ; si cette validation a déjà été opérée, elle est annulée.

Art. 22. — Les collectivités, groupements et établissements qui ne satisferont pas aux engagements résultant des contrats de solidarité, notamment en ce qui concerne les recrutements destinés à combler les vacances dues à des cessations anticipées d'activité, sont tenus de rembourser au fonds de compensation les sommes versées par celui-ci au titre de sa contribution, au financement du revenu de remplacement.

La décision de procéder au remboursement des sommes à recouvrer est prise au nom de l'Etat.

Art. 23. — Les modalités d'application de la présente ordonnance seront précisées par décret.

**Texte du projet
de loi**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Propositions
de la Commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>Ordonnance n° 82-297 du 31 mars 1982 portant modification de certaines dispositions du Code des pensions civiles et militaires de retraite et relative à la cessation d'activité des fonctionnaires et des agents de l'Etat et des établissements publics de l'Etat à caractère administratif.</p>			
<p>Titre III Cessation anticipée d'activité</p>			
<p><i>Art. 6. — Jusqu'au 31 décembre 1983, les fonctionnaires de l'Etat et de ses établissements publics à caractère administratif qui comptent trente-sept années et demie de service pouvant être pris en compte pour la constitution du droit à pension en application de l'article L. 5 du Code des pensions civiles et militaires de retraite peuvent, sur leur demande et sous réserve de l'intérêt du service, bénéficier, pendant les trois années précédant la date à laquelle ils peuvent prétendre à une pension à jouissance immédiate, d'un congé durant lequel ils percevront un revenu de remplacement égal à 75 p. 100 du traitement indiciaire afférent à l'emploi, le grade, la classe et l'échelon qu'ils détiennent.</i></p>			
<p>Les bonifications prévues au b de l'article L. 12 du même Code entrent en compte dans le calcul des années de services accomplis par les fonctionnaires.</p>			
<p>Le revenu mentionné à l'alinéa précédent ne peut être inférieur à un minimum fixé par décret.</p>			
<p>Les intéressés n'acquièrent pas de droits à l'avancement</p>			

Dispositions en vigueur

durant leur congé. Ils demeurent dans cette position de congé jusqu'à leur admission à la retraite.

Art. 7. — Jusqu'au 31 décembre 1983, les agents non titulaires de l'Etat et de ses établissements publics à caractère administratif pourront, sur leur demande et sous réserve de l'intérêt du service, cesser leur activité durant les trois années précédant la date à laquelle ils pourront prétendre au bénéfice d'une pension de retraite au taux normalement applicable à soixante-cinq ans, à condition de réunir trente-sept annuités et demie de services salariés effectifs dont dix au profit de l'Etat ou de ses établissements publics précités.

Dans cette situation, les intéressés perçoivent un revenu de remplacement égal à 70 p. 100 de leur traitement et, le cas échéant, de l'indemnité de résidence. Ce revenu ne peut être inférieur à un minimum fixé par décret.

Les agents demeurent dans cette situation jusqu'à leur admission à la retraite.

Art. 8. — Le service du revenu de remplacement prévu aux articles 6 et 7 ci-dessus est assuré mensuellement par l'administration ou l'établissement dont relève l'intéressé lors de la cessation anticipée d'activité.

Art. 9. — Les fonctionnaires et agents intéressés ont droit, pendant la période de perception du revenu de remplacement, aux prestations de sécurité sociale correspondant à leurs statuts respectifs.

Texte du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1^{re} lecture

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur

Le revenu de remplacement donne lieu à la perception de la cotisation prévue à l'article 6 de la loi du 4 janvier 1982 sus-visée.

Art. 10. — La période de perception du revenu de remplacement n'est pas prise en compte pour les fonctionnaires de l'Etat et de ses établissements publics à caractère administratif pour la constitution et la liquidation du droit à pension.

Pour les agents non titulaires, cette période est validée gratuitement au titre du régime général de la sécurité sociale et de l'institution de retraite complémentaire des agents non titulaires de l'Etat et des collectivités locales.

Art. 11. — Les bénéficiaires du revenu de remplacement sont mis à la retraite dès qu'ils réunissent les conditions d'obtention d'une pension à jouissance immédiate s'ils relèvent du code des pensions civiles et militaires de retraite ou d'une pension au taux normalement applicable à soixante-cinq ans s'ils relèvent du régime général de sécurité sociale.

Art. 12. — Sous réserve des exceptions déterminées par décret pris en application de l'article 8 de l'ordonnance du 4 février 1959 susvisée, les fonctionnaires et agents admis à cesser leurs fonctions ne peuvent exercer aucune activité lucrative pendant la période où ils perçoivent le revenu de remplacement.

En cas d'inobservation de cette interdiction, le service du revenu de remplacement est suspendu et il est procédé à la répétition des sommes

**Texte du projet
de loi**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Propositions
de la Commission**

Dispositions en vigueur

indûment perçues. La période de perception irrégulière ne peut être validée en exécution du deuxième alinéa de l'article 10 ci-dessus. Si cette validation a déjà été opérée, elle est annulée.

**Loi n° 82-1 du
4 janvier 1982 portant
diverses mesures relatives à
la Sécurité sociale**

Art. 6

Une cotisation d'assurance maladie, maternité, invalidité et décès est prélevée sur les revenus de remplacement, les indemnisations et les allocations de chômage perçus en application des articles L. 322-4, L. 351-5, L. 351-6, L. 351-6-1, L. 351-6-2, L. 351-16, L. 351-17, L. 351-19, L. 731-1 du code du travail et de l'article L. 521-1 du code des ports maritimes ainsi que sur les allocations versées en vue d'indemniser la privation partielle d'emploi conformément aux accords professionnels ou interprofessionnels, nationaux ou régionaux, et sur les indemnités de formation versées aux travailleurs privés d'emploi par les institutions résultant de la convention du 31 décembre 1958 ayant créé le régime national interprofessionnel d'allocation spéciale aux travailleurs sans emploi de l'industrie et du commerce.

Elle est établie dans les conditions fixées, pour les allocations de garantie de ressources perçues en application de l'article L. 351-5 du code du travail par les assurés ayant démissionné de leur emploi, à l'article 13 de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967

**Texte du projet
de loi**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Propositions
de la Commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>modifiée par la loi n° 79-1129 du 28 décembre 1979, aux articles L. 3-2 et L. 128 du code de la sécurité sociale, à l'article 1031 du code rural et à l'article 14 de la loi n° 79-1129 du 28 décembre 1979.</p>	Art. 2	Art. 2	Supprimé.
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>Les revenus soumis à la cotisation d'assurance vieillesse instituée par l'article premier ci-dessus sont pris en compte pour la détermination du salaire servant de base au calcul de la pension de vieillesse des assurés du régime général de la sécurité sociale ou du régime des assurances sociales agricoles.</p>	<p>La même disposition s'applique à ceux des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 3 du Code de la sécurité sociale qui retiennent des règles identiques à celles des régimes visés au premier alinéa du présent article en vue de déterminer le salaire servant de base pour le calcul des pensions de vieillesse.</p>	
<p>Livre 1^{er} — Organisation générale de la Sécurité sociale</p>	<p>En ce qui concerne les ressortissants du Code des pensions de retraite des marins, l'assiette de la cotisation instaurée à l'article premier est fixée par application de l'article L. 42 dudit Code dans des conditions et limites déterminées par décret.</p>	<p>Le versement des revenus visés au premier alinéa du présent article entraîne validation pour pensions sur la Caisse de retraite des marins de la période de versement correspondante sur la base de la catégorie mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 42 du Code des pensions de retraite des marins dont les intéressés relevaient au titre de leur dernière activité.</p>	
<p>Titre 1^{er} : Dispositions générales</p>			
<p>Art. L. 3. — Parmi celles jouissant déjà d'un régime spécial, le 6 octobre 1945, demeurent provisoirement soumises à une organisation spéciale de sécurité sociale, les branches d'activité ou entreprises énumérées par règlement d'administration publique.</p>			
<p>Des décrets établissent pour chaque branche d'activité ou entreprises visées à l'alinéa précédent une organisation de sécurité sociale dotée de l'ensemble des attributions définies à l'article L. 1^{er}. Cette organisation peut comporter l'intervention de l'organisation générale de la sécurité sociale pour une partie des prestations.</p>			
<p>Les administrateurs des organismes de sécurité sociale relevant des régimes spéciaux sont désignés par voie d'élection à la représentation proportionnelle suivant les modalités définies pour chacun de ces régimes.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>Code des pensions de retraite des marins</p> <p>Titre III : Versement au profit de la caisse de retraites</p> <p>Article L. 42.</p> <p>Les cotisations des marins et les contributions des armateurs sont fixées en fonction d'un salaire forfaitaire déterminé par voie réglementaire en tenant compte des fonctions remplies par les intéressés et du salaire moyen correspondant à ces fonctions, en application des règlements en vigueur ou des conventions collectives.</p> <p>Pour la détermination de ce salaire forfaitaire, les marins sont classés par catégorie selon les équivalences de fonctions reconnues pour l'application du présent code.</p> <p>En cas de modification générale des salaires dépassant 5 p. 100 par rapport aux taux antérieurs, il est procédé à la révision du salaire forfaitaire.</p> <p>(Article 6 de la loi n° 82-1 du 4 janvier 1982 : voir dispositions en vigueur ci-dessus).</p> <p>(Articles L. 322-4, 351-5 et 351-17 du Code du travail : voir dispositions en vigueur ci-dessus).</p> <p>(Chapitre II de l'ordonnance n° 82-108 et titre III de l'ordonnance n° 82-297 : voir dispositions en vigueur ci-dessus).</p>	<p>Art. 3</p> <p>L'article 6 de la loi n° 82-1 du 4 janvier 1982 est complété par les dispositions suivantes :</p> <p>« Toutefois, à compter du 1^{er} avril 1983, le taux applicable aux revenus alloués aux assurés en situation, soit de préretraite en application des articles L. 322-4, L. 351-5 et L. 351-17 du Code du travail, soit de cessation anticipée d'activité en application du chapitre II de l'ordonnance n° 82-108 du 30 janvier 1982 et du titre III de l'ordonnance</p>	<p>Art. 3</p> <p><i>(Alinéa sans modification).</i></p> <p>« Toutefois,...</p> <p>... du 30 janvier 1982, de l'ordonnance n° 82-298 du</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>(Article 6 de la loi n° 81-1 du 4 janvier 1982 : voir dispositions en vigueur ci-dessus).</p>	<p>n° 82-297 du 31 mars 1982, est celui des cotisations à la charge des salariés dans le régime d'assurance maladie dont ils relevaient du fait de l'activité au titre de laquelle ces revenus leur ont été attribués. »</p>	<p>31 mars 1982, des titres II et III de l'ordonnance n° 82-297 du 31 mars 1982 ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles, est celui des cotisations...</p>	<p>...ont été attribués. »</p>
	<p>Art. 4</p>	<p>Art. 4</p>	
	<p>Le prélèvement des cotisations d'assurance vieillesse, d'assurance veuvage et d'assurance maladie visées aux articles premier et 3 de la présente loi ne peut avoir pour effet de réduire les revenus nets des assurés concernés à un montant inférieur au seuil d'exonération établi en application de l'article 6 de la loi n° 82-1 du 4 janvier 1982.</p>	<p>Le prélèvement de la cotisation d'assurance maladie visée à l'article 3 de la présente loi...</p>	<p>... les revenus de remplacements nets des assurés...</p>
		<p>... du 4 janvier 1982 précitée.</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>Art. 5</p>	<p>Art. 5</p>	
<p>Livre Troisième Titre 1^{er} — Chapitre 1^{er}</p>		<p>(Alinéa sans modification.)</p>	
<p>Dispositions générales relatives aux soins</p>	<p>Il est institué au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés une contribution des entreprises de préparation des médicaments donnant lieu à remboursement par les Caisses d'assurance maladie en application de l'article L. 266-1 du Code de la sécurité sociale.</p>		
<p>Art. L. 266-1. — Les médicaments spécialisés, visés à l'article L. 601 du Code de la santé publique, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État.</p>	<p>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.</p>	<p>(Alinéa sans modification.)</p>	
<p>En ce qui concerne les médicaments officinaux et les préparations magistrales, un décret en Conseil d'État détermine les règles selon lesquelles certaines catégories de ces médicaments pourront être exclues du remboursement par arrêté du ministre des Affaires sociales.</p>	<p>Le taux de la contribution est fixé à 4 %.</p> <p>Sont exonérées de cette contribution les entreprises</p>	<p>Le taux... ... est fixé à 5 % Sont exonérées...</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
	<p>dont le chiffre d'affaires hors taxes est inférieur à 50 millions de francs, sauf lorsqu'elles sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise dont le chiffre d'affaires consolidé, réalisé en France, dépasse cette limite.</p>	<p>... à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé, réalisé en France, dépasse cette limite. Le seuil mentionné ci-dessus est revalorisé en fonction de l'évolution des conditions économiques par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'économie et du budget et de la santé.</p>	
	<p>La contribution est versée au plus tard le 1^{er} décembre de chaque année. Elle est assise, contrôlée et recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, assistée, en tant que de besoin, par des services de l'État désignés par arrêté, dans les conditions prévues en matière de taxe sur le chiffre d'affaires et sous les mêmes garanties et sanction.</p>	<p>La contribution est exclue des charges déductibles pour l'assiette de l'impôt sur le revenu ou de l'impôt sur les sociétés.</p>	
		<p>La contribution...</p>	
		<p>... garanties et sanctions.</p>	
<p>Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.</p>	<p>Art. 6</p>	<p>Art. 6</p>	
<p>Art. 52-1. — Dans les unités ou centres de long séjour définis à l'article 4 de la présente loi, soit publics, soit privés à but non lucratif participant au service public hospitalier ou ayant passé convention avec les départements pour recevoir des bénéficiaires de l'aide sociale, la tarification des services rendus comporte deux éléments relatifs, l'un aux prestations de</p>	<p>Un forfait journalier est supporté par les personnes admises dans des établissements hospitaliers ou médico-sociaux à l'exclusion des établissements visés à l'article 52-1 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 et à l'article 5 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975. Ce forfait ne peut être pris en charge par les régimes obligatoires de protection sociale, sauf dans le cas des victimes d'accidents de travail et des maladies professionnelles, des</p>	<p>Un forfait...</p>	
		<p>... visés aux articles 52-1 et 52-3 de la loi...</p>	
		<p>... 30 juin 1975. Ce forfait n'est pas pris en charge par les régimes obligatoires de protection sociale, sauf dans le cas des enfants et adolescents handicapés hébergés dans des établissements d'éducation</p>	

Dispositions en vigueur

soins fournies, l'autre aux prestations d'hébergement.

La répartition des dépenses budgétaires entre les deux éléments de tarification définis à l'alinéa précédent ainsi que les modalités de tarification sont fixées par décret en Conseil d'État.

La section permanente du conseil supérieur de l'aide sociale est compétente pour statuer en matière contentieuse sur les recours déposés contre les arrêtés fixant les tarifs applicables dans les unités ou centres visés ci-dessus.

Loi n° 75-535 du 13 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales.

Article 5. — Les établissements d'hébergement pour personnes âgées peuvent comporter des sections de cure médicale. Les conditions dans lesquelles la création de ces sections est autorisée sont précisées par décret.

Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre

**Livre 1^{er} — Titre VII
Chapitre premier : Soins gratuits**

Art. L. 115 — L'État doit gratuitement aux titulaires

Texte du projet de loi

bénéficiaires de l'assurance maternité et des bénéficiaires de l'article L. 115 du Code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre.

Les modalités de détermination de ce forfait journalier sont fixées par décret en Conseil d'État.

Le forfait journalier s'impute à due concurrence sur la participation laissée éventuellement à la charge des assurés par leurs régimes respectifs d'assurance maladie, lorsque le montant de cette participation est supérieur ou égal à celui du forfait journalier ; dans le cas contraire la participation est imputée sur le forfait.

Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1^{re} lecture

spéciale ou professionnelle, des victimes d'accident du travail et de maladies...

... victimes de guerre.

(Alinéa sans modification.)

(Alinéa sans modification.)

Les modalités d'application et d'adaptation du présent article aux assurés ressortissant du régime local d'assurance maladie dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle seront définies par voie réglementaire.

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>d'une pension d'invalidité attribuée au titre du présent Code, les prestations médicales, paramédicales, chirurgicales et pharmaceutiques nécessitées par les infirmités qui donnent lieu à pension, en ce qui concerne exclusivement les accidents et complications résultant de la blessure ou de la maladie qui ouvre droit à pension.</p>	Art. 7	Art.7	
<p>Code de la Sécurité Sociale</p>	<p>Les dispositions des articles L. 291 et L. 321 du Code de la sécurité sociale sont abrogées.</p>	<p>(Alinéa sans modification.)</p>	
<p>Livre III — Titre II Chapitre II : Assurance maladie</p>	<p><i>Art. L. 291.</i> — En cas d'hospitalisation à la charge de la caisse, l'indemnité journalière est servie intégralement lorsque l'assuré a deux enfants ou plus à sa charge, au sens de l'article L. 285.</p>	<p>L'allocation aux adultes handicapés versée aux personnes qui supportent le forfait journalier institué par l'article 6 ne peut pas être réduite, par application de l'article 40 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975, à un montant inférieur à un minimum fixé par décret.</p>	
<p>Elle est réduite :</p> <ul style="list-style-type: none">— du cinquième, si l'assuré a un enfant à charge, ou bien s'il a un ou plusieurs ascendants à sa charge ;— des deux cinquièmes, si l'assuré est marié sans enfants, ni ascendants à sa charge ;— des trois cinquièmes, dans tous les autres cas.	<p>Aucune réduction ne s'applique aux personnes hébergées dans une unité ou un centre de long séjour visés aux articles 52-1, 52-3 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière.</p>		
<p>Chapitre IV : Assurance invalidité.</p>	<p><i>Art. L. 321</i> — Dans le cas où l'hospitalisation du titulaire d'une pension d'invalidité est à la charge de la caisse</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>primaire d'assurance maladie, ladite pension est servie intégralement lorsque l'assuré a deux enfants ou plus à sa charge, au sens de l'article L. 285.</p>			
<p>Elle est réduite :</p>			
<p>— d'un cinquième, si l'assuré a un enfant ou un ou plusieurs ascendants à sa charge ;</p>			
<p>— de deux cinquièmes, si l'assuré est marié sans enfants, ni ascendants à sa charge ;</p>			
<p>— de trois cinquièmes dans tous les autres cas.</p>			
<p>Toutefois, cette réduction ne peut avoir pour effet d'abaisser le montant trimestriel de la pension au-dessous du quart du taux prévu à l'article L. 315</p>			
<p>Aucune réduction ne s'applique aux personnes hébergées dans une unité ou un centre de long séjour visés aux articles 52-1, 52-3 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée portant réforme hospitalière.</p>			
	<p>Art. 8</p>	<p>Art. 8</p>	
	<p>Il est inséré dans le Code de la famille et de l'aide sociale l'article 181-3 ainsi rédigé :</p>	<p>Il est inséré... ... un article 181-3 ainsi rédigé :</p>	
	<p>« Article 181-3 — Le forfait journalier institué par l'article 6 de la loi n° du peut être pris en charge au titre de l'aide sociale. »</p>	<p>« Article 181-3. — Le forfait...</p>	
		<p>... aide sociale. L'article 144 n'est pas opposable aux personnes qui sollicitent cette prise en charge. »</p>	
		<p>Art. 8 bis (nouveau)</p>	
		<p>Les deuxième et troisième alinéas de l'article 146 du</p>	

Dispositions en vigueur

Texte du projet
de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture

Propositions
de la Commission

Code de la famille et de l'Aide sociale, modifié par la loi n° 82-599, du 13 juillet 1982, soit rédigés comme suit :

« En ce qui concerne les prestations d'aide sociale à domicile et la prise en charge du forfait journalier, un décret en conseil d'État fixera les conditions dans lesquelles sont exercés les recours, en prévoyant, le cas échéant, l'existence d'un seuil de dépenses supportées par l'aide sociale en deça duquel il ne saurait être procédé à leur recouvrement. Le recouvrement sur la succession du bénéficiaire de l'aide sociale à domicile ou de la prise en charge du forfait journalier s'exerce sur la partie de l'actif net successoral définie par les règles de droit commun, qui excède un seuil fixé par décret en Conseil d'État. »

Art. 9

Dans les établissements d'hospitalisation publics et dans les établissements privés à but non lucratif admis à participer à l'exécution du service public hospitalier, la part des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie fait l'objet, chaque année, après avis des organismes de sécurité sociale, d'une dotation globale au profit de chaque établissement dont les modalités sont fixées par décret en Conseil d'État.

Art. 9

Dans les établissements...

... au profit de chaque établissement.

Il est procédé, dans les mêmes conditions, à une révision de la dotation globale en cours d'année, s'il se produit une modification importante et imprévisible des conditions économiques ou de l'activité médicale.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière.</p>			
<p>Chapitre II — Des établissements d'hospitalisation publics.</p>			
<p><i>Art. 22</i> — Le conseil d'administration délibère sur :</p>	<p>Art. 10</p>	<p>Art. 10</p>	
<p>1° le budget, les crédits supplémentaires et les comptes ;</p>	<p>L'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est modifié ainsi qu'il suit :</p>	<p>Au 2° de l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970, les mots : « les propositions...</p>	
<p>2° les propositions de prix de journée ;</p>	<p>Au 2°, les termes « les propositions de prix de journée » sont remplacés par les termes : « les propositions de dotation globale et de prix de journée ».</p>	<p>... remplacés par les mots : « les propositions de dotation globale et de tarification des prestations. »</p>	
<p>.....</p>			
	<p>Art. 11</p>	<p>Art. 11</p>	
	<p>L'article 52 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>L'article 52... ... 31 décembre 1970 précitée est remplacé... ... suivantes :</p>	
<p><i>Art. 52.</i> — Une réforme de la tarification des soins dispensés dans les établissements devra intervenir dans le délai d'un an à dater de la promulgation de la présente loi.</p>	<p>« Article 52. — La dotation globale allouée par les organismes d'assurance maladie aux établissements visés à l'article 9 de la loi n° du est versée pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.</p>	<p>(Alinéa sans modification).</p>	
<p>Cette réforme fera notamment apparaître le coût réel des diverses prestations fournies par chacune des unités d'hospitalisation définies à l'article 4 ainsi que les frais d'acquisition des prothèses et des médicaments coûteux.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
	<p>« Les sommes versées aux établissements le compte des différents régimes, en application de l'alinéa précédent, sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté interministériel fixe cette répartition.</p>	(Alinéa sans modification.)	
	<p>« Un décret en Conseil d'État détermine les modalités d'application du présent article et, notamment, les critères de la répartition entre régimes de la dotation globale. »</p>	(Alinéa sans modification.)	
	Art. 12	Art. 12	
	<p>Dans les établissements visés à l'article 9 ci-dessus, un prix de journée fixé par arrêté servira de base :</p>	<p>Dans les établissements visés à l'article 9 ci-dessus, une tarification des prestations fixée par arrêté servira de base :</p>	
	<p>1^o à la facturation des soins et de l'hébergement des malades non couverts par un régime d'assurance maladie ;</p>	(Alinéa sans modification.)	
	<p>2^o au calcul de la participation laissée à la charge des assurés dans le cas où le régime d'assurance maladie dont ils relèvent comporte une disposition de cet ordre ;</p>	(Alinéa sans modification.)	
	<p>3^o à l'exercice des recours contre tiers.</p>	(Alinéa sans modification.)	
Code de la famille et de l'aide sociale	Art. 13	Art. 13	
TITRE IV : Dispositions communes aux différentes formes d'aide sociale	<p>L'article 201 du Code de la famille et de l'aide sociale est modifié ainsi qu'il suit :</p>	(Sans modification.)	
<p>Art. 201. — La section permanente du conseil de l'aide sociale est compétente pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les arrêtés du préfet fixant</p>	<p>1^o La première phrase du premier alinéa est remplacée par les dispositions suivantes :</p>		
	<p>« La section permanente du Conseil supérieur de l'aide</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>les prix de journée des établissements publics ou privés. Ces recours peuvent être portés devant elle dans le délai d'un mois à partir de la publication desdits arrêtés par toute personne physique ou morale intéressée, par les ministres compétents ou les organismes de sécurité sociale.</p>	<p>sociale est compétente pour statuer en matière contentieuse sur les recours contre les arrêtés fixant la dotation globale due conformément aux dispositions de l'article 9 de la loi n° du par les organismes d'assurance maladie ainsi que sur les recours contre les arrêtés déterminant les prix de journée des établissements publics ou privés. »</p>		
<p>La section permanente statue en dernier ressort. Les décisions fixant le montant des prix de journée ont effet à compter de la date prévue dans l'arrêté préfectoral donnant lieu au litige.</p>	<p>2° La dernière phrase du deuxième alinéa est remplacée par la phrase suivante :</p>		
	<p>« Les décisions fixant le montant des prix de journée et des versements globaux ont effet à compter de la date prévue dans l'arrêté donnant lieu à un litige. »</p>		
<p>Code de la Sécurité Sociale</p>	<p>Art. 14</p>	<p>Art. 14</p>	
<p>Livre III — Titre II : Prestations</p>	<p>Il est ajouté au Code de la sécurité sociale un article L. 277-1 ainsi rédigé :</p>	<p>Il est inséré dans le code...</p>	
<p>Chapitre 1^{er} : Dispositions générales relatives aux soins</p>	<p>« Article L. 277-1. — Les dispositions fixées par les articles L. 276 et L. 277 du présent Code ne sont pas applicables aux établissements d'hospitalisation privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier.</p>	<p>... ainsi rédigé :</p>	
<p>Art. L.276. — En ce qui concerne les établissements de cure privés visés au livre III, titre 1^{er}, chapitre II, du code de la Santé publique relatif à l'organisation et au fonctionnement de la lutte contre la tuberculose, le prix de journée fixé par le préfet pour les assurés sociaux tient lieu de tarif d'hospitalisation et ne comporte pas l'homologation prévue par l'article L.275.</p>		<p>(Alinéa sans modification.)</p>	
<p>Dans les établissements de cure privés, assimilés aux établissements publics, le tarif de responsabilité des caisses est égal au prix de journée fixé</p>			

Dispositions en vigueur

par le préfet pour les assurés sociaux et ne donne pas lieu à l'homologation prévue à l'article L. 275.

Dans les établissements de cure privés, non assimilés ayant passé convention avec un département pour recevoir des malades bénéficiaires en totalité ou partiellement de l'aide sociale, et recevant effectivement des malades de cette catégorie, le tarif de responsabilité des caisses est fixé comme à l'alinéa précédent.

Il en sera de même dans les autres établissements visés à l'article L. 272 lorsque ces établissements ne poursuivent pas un but lucratif. Un décret en Conseil d'État en fixe les conditions d'application.

Dans les établissements de cure privés, non assimilés, ne recevant pas de malades bénéficiaires de l'aide sociale, des conventions conclues entre les caisses de sécurité sociale et ces établissements fixent les tarifs de responsabilité des caisses dans les limites du prix de journée fixé par le préfet pour les assurés sociaux. Ces tarifs sont homologués dans les conditions prévues à l'article L.275.

A défaut de convention ou si la convention n'a pas été homologuée, les caisses fixent un tarif de responsabilité qui ne peut être supérieur au tarif le plus élevé appliqué dans l'un des établissements de cure de même nature les plus proches, publics, privés assimilés ou privés recevant des bénéficiaires de l'aide sociale.

En ce qui concerne les cliniques médicales ou chirurgicales visées à l'article L.250. 2^e alinéa du code de la Santé publique, les tarifs d'hospita-

Texte du projet de loi

Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1^{re} lecture

Propositions de la Commission

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission		
<p>lisation et de responsabilité sont fixés conformément aux dispositions de l'article L.275. Toutefois, pour celles d'entre elles situées dans les stations de cure pour tuberculeux, le tarif de responsabilité des caisses de sécurité sociale pour l'ensemble des frais de séjour et des frais médicaux ou pharmaceutiques ne peut excéder le prix de journée du sanatorium public le plus proche.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 15</p> <p>Il est ajouté au Code de la sécurité sociale un article L.279-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L.279-1. — Les établissements d'hospitalisation publics et les établissements privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier sont tenus de permettre aux organismes d'assurance maladie d'exercer leur contrôle sur les assurés hospitalisés et sur l'activité des services dans des conditions définies par un décret en Conseil d'État qui fixe notamment la teneur, la périodicité et les délais de production des informations qui devront être adressées à cette fin aux organismes d'assurance maladie. »</p>	<p style="text-align: center;">Art. 15</p> <p>Il est inséré dans le Code... ... ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L.279-1. — Les établissements</p> <p>... leur contrôle en vertu de l'article L.280 sur les assurés...</p> <p>...assurance maladie. »</p>	<p>Art. L.277. — Les dispositions de l'article précédent sont applicables aux établissements de rééducation fonctionnelle.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 16</p> <p>Le premier alinéa de l'article L.280 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :</p> <p>« Les établissements d'hospitalisation privés, à l'exclu-</p>	<p style="text-align: center;">Art. 16</p> <p>retiré.</p>
<p style="text-align: center;">Art. 16</p> <p>Le premier alinéa de l'article L.280 du Code de la sécurité sociale est modifié comme suit :</p> <p>« Les établissements d'hospitalisation privés, à l'exclu-</p>	<p style="text-align: center;">Art. 16</p> <p>retiré.</p>				

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p><i>Art. L.280.</i> — Les établissements d'hospitalisation publics ou privés sont tenus d'aviser, dans un délai lui permettant d'assurer son contrôle, la caisse primaire intéressée, si le séjour du malade paraît devoir être prolongé au-delà du vingtième jour, sauf s'il s'agit d'un malade atteint d'une affection de longue durée, dont la participation au tarif a été diminuée ou supprimée en application de l'article L.286.</p> <p>En cas de carence de l'établissement, la caisse d'assurance maladie est fondée à refuser le remboursement de tout ou partie des éléments constituant les frais d'hospitalisation correspondant au séjour au-delà des vingt premiers jours.</p> <p>L'établissement hospitalier ne peut alors réclamer à l'assuré le paiement de la partie des frais non remboursés.</p> <p>Les frais de séjour sont supportés par l'établissement sur ses ressources propres.</p>	<p>sion de ceux visés à l'article L.279-1 sont tenus... (le reste sans changement). »</p>		
Code de la Santé Publique			
Livres II — Titre III	Art. 17	Art. 17	
Maisons d'enfants à caractère sanitaire.	<p>Les dispositions des articles L.203, L.238 et L.353-1 du Code de la santé publique ne sont pas applicables aux établissements publics et aux établissements privés admis à participer à l'exécution du service public hospitalier.</p>	(Sans modification.)	
<p><i>Art. L.203.</i> — Les prix de journée applicables dans les maisons d'enfants à caractère sanitaire visées par le présent</p>			

Dispositions en vigueur

titre sont fixés dans les conditions prévues pour les établissements de cure par l'article L. 238 et selon les dispositions du règlement d'administration publique pris pour son application, à savoir :

Du titre 1^{er} du décret du 27 novembre 1953, s'il s'agit de maisons d'enfants à caractère sanitaire relevant de collectivités publiques, de fondations, d'associations régies par la loi du 1^{er} juillet 1901, de sociétés de secours mutuels ou d'organismes d'assurances sociales ;

Du titre II du même décret, s'il s'agit de maisons d'enfants à caractère sanitaire relevant de collectivités privées autres que celles prévues à l'alinéa précédent, ou gérées par des particuliers.

**Livre III — Lutte
contre les fléaux sociaux**

Art. L.238. — Les prix de journée des sanatoriums, préventoriums et aériums publics ou assimilés sont fixés, pour les malades de toutes catégories, selon la réglementation en vigueur dans les établissements publics hospitaliers. Toutefois, sont comprises dans les éléments du prix de journée des sanatoriums, préventoriums et aériums publics ou assimilés, les rémunérations allouées à tout médecin, chirurgien et spécialiste sous les réserves qui sont fixées par un règlement d'administration publique en ce qui concerne les honoraires dus aux médecins, chirurgiens et spécialistes venus de l'étranger pour soins donnés aux malades payants non assurés sociaux soignés dans les établissements privés ou assimilés.

**Texte du projet
de loi**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Propositions
de la Commission**

Dispositions en vigueur

La décision portant fixation du prix de journée est prise par le préfet du département siège de l'établissement. Toutefois, s'il s'agit d'un sanatorium, préventorium ou aérium qui appartient soit exclusivement, soit en copropriété à un ou plusieurs départements, la décision n'intervient qu'après avis du préfet des départements propriétaires ou copropriétaires. Ces derniers peuvent, dans un délai d'un mois à dater de la notification, adresser au ministre de la Santé publique et de la Population un recours qui sera jugé par la section permanente du Conseil supérieur de l'aide sociale.

Le même recours peut être introduit par les caisses de la sécurité sociale qui y auront un intérêt direct.

Les dispositions du présent article sont également applicables aux établissements privés non assimilés recevant des malades bénéficiant de l'aide médicale ou des assurances sociales. Toutefois, pourront être exceptionnellement soustraits à cette réglementation, par décision conjointe du ministre de la Santé publique et de la Population et du ministre du Travail et de la Sécurité sociale, les établissements privés non assimilés remplissant les conditions de confort particulier qui seront fixées par arrêté concerté du ministre de la Santé publique et de la Population et du ministre du Travail et de la Sécurité sociale.

Un règlement d'administration publique détermine les conditions d'application du présent article.

**Texte du projet
de loi**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture**

**Propositions
de la Commission**

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>—————</p> <p>Titre IV — Chapitre IV Section II — Prix de journée</p>			
<p><i>Art. L. 353-1.</i> — La dépense du transport des personnes dirigées par l'Administration sur les établissements de soins est arrêtée par le préfet sur le mémoire des agents préposés au transport.</p>			
<p>Le préfet, sur délibération conforme du conseil général, fixe, chaque année, pour les établissements départementaux qu'il administre, le prix de journée de toutes les catégories d'aliénés indigents ou autres. Le prix de journée fixé pour les aliénés indigents sans domicile de secours à la charge de l'État est le même que celui des aliénés indigents à la charge des départements et des communes.</p>			
<p>Ce prix de journée ne peut entrer en application qu'après avoir été approuvé par le ministre de la Santé publique et de la Population.</p>			
<p>Les traités que les départements passent pour l'entretien de leurs aliénés soit avec d'autres départements, soit avec des établissements privés faisant fonction d'établissements publics d'aliénés, soit avec des quartiers d'hospices, ne reçoivent exécution que s'ils ont été approuvés par le ministre de la Santé publique et de la Population après avis du ministre de l'Intérieur. Ils ne pourront être modifiés que dans les mêmes formes.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>Code de la Sécurité sociale</p>			
<p>Livre IV — Accidents du travail et maladies professionnelles. Titre III — Prestations</p>			
<p><i>Art. L.438.</i> — Lorsque la victime d'un accident du travail est hospitalisée dans un établissement public, le tarif d'hospitalisation est le tarif applicable aux malades payants de la catégorie la plus basse. Les frais d'hospitalisation sont payés directement par la caisse à l'établissement.</p>	<p>Art.18</p>	<p>Art. 18</p>	
	<p>L'article L.438 du Code de la sécurité sociale est abrogé.</p>	<p>(Sans modification.)</p>	
<p>Les mêmes règles sont applicables en ce qui concerne le tarif et le mode de règlement des honoraires et frais accessoires dus aux praticiens et aux auxiliaires médicaux à l'occasion de soins donnés à la victime dans un établissement hospitalier public.</p>			
<p>Livre III — Assurances sociales</p>			
<p>Titre II — Chapitre 1^{er} : Dispositions générales relatives aux soins.</p>			
<p><i>Art. L.283.</i> — L'assurance maladie comporte :</p>	<p>Art. 19</p>	<p>Art. 19</p>	
	<p>Il est inséré dans le Code de la Sécurité sociale un article L.264-1 ainsi rédigé :</p>	<p>(Alinéa sans modification.)</p>	
<p>a) La couverture des frais de médecine générale et spéciale, des frais de soins et de prothèse dentaire, des frais pharmaceutiques et d'appareils, des frais d'analyses et d'examen de laboratoire, des frais d'hospitalisation et de traitement dans des établissements de cure « de réadaptation fonctionnelle et de rééducation ou d'éducation professionnelle » et des frais de</p>	<p>« Article L.264-1. — Lorsque les actions expérimentales sont menées par des personnes physiques ou morales, de droit public ou privé, faisant l'objet, à cette fin, d'un agrément des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé, les dépenses prises en charge au titre de l'article L.283 ci-dessous peuvent faire l'objet d'un règlement forfaitaire par les caisses d'assurance maladie.</p>	<p>Article L.264-1. — Lorsque les actions expérimentales de caractère médical et social sont menées...</p>	
	<p>Les modalités de règlement font l'objet de conventions</p>	<p>... au titre des articles L.283 a, L.296, L.317 et L.434-1^o ci-dessous...</p>	
		<p>... d'assurance maladie.</p>	
		<p>(Alinéa sans modification.)</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>transport, ainsi que des frais d'interventions chirurgicales nécessaires pour l'assuré et les membres de sa famille, au sens fixé par l'article L.285, « y compris la couverture des médicaments, produits et objets contraceptifs et les frais d'analyses et d'examens de laboratoire ordonnés en vue de prescriptions contraceptifs.</p>	<p>soumises à l'approbation de l'autorité administrative et passées entre les organismes d'assurance maladie et les personnes en cause.</p>	<p>Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article ainsi que les modalités d'évaluation de ces actions en relation, notamment, avec les élus locaux, les organismes d'assurance maladie et les professions de santé.</p>	
<p>« a-1) 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 ne dehors de ces établissements, à l'exception de la partie de ces frais incombant à l'État en application de l'article 5 de la loi n° 75-534 du 30 juin 1975. »</p>	<p>Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'État.</p>		
<p>b) « L'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique, constatée par le médecin traitant, de continuer ou de reprendre le travail ; toutefois les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermale ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret. »</p>			
	<p>Art. 20</p>	<p>Art. 20</p>	
	<p>Les dispositions de l'article L.264-1 du Code de la sécurité sociale sont applicables,</p>	<p>(Sans modification.)</p>	

Dispositions en vigueur

Texte du projet
de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture

Propositions
de la Commission

dans les conditions fixées par décret en Conseil d'État, aux bénéficiaires du régime d'assurance maladie et maternité institué par la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée et aux bénéficiaires des législations sociales agricoles.

Art. 21

Il est inséré un article 32-1 dans l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 modifiée, relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale ainsi rédigé :

« Article 32-1. — Les cotisations des employeurs et travailleurs indépendants des professions non agricoles sont, chaque année, calculées à titre provisionnel, en pourcentage du revenu professionnel non salarié non agricole de l'avant-dernière année, retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu. Ce revenu est revalorisé par application, successivement, du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages, constaté pour la dernière année, et du taux d'évolution du même indice en moyenne annuelle figurant dans le rapport économique et financier associé au projet de loi de finances pour l'année au titre de laquelle la cotisation est due. Toutefois, ce revenu n'est pris en considération que jusqu'à concurrence du plafond moyen applicable dans le régime général de la sécurité sociale au cours de la même année. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, la cotisation fait l'objet d'une régularisation.

Art. 21

Il est inséré dans l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 modifiée, relative...

... sécurité sociale, un article 32-1 ainsi rédigé :

« Article 32-1. — Les cotisations...

...sur le revenu ou, le cas échéant, de revenus forfaitaires. Le revenu professionnel est revalorisé...

... et financier annexé au projet...

... jusqu'à concurrence du plafond applicable dans le régime général...

... régularisation.

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
	<p>Par dérogation à l'alinéa ci-dessus la cotisation peut, à la demande de l'assuré, être fixée sur la base d'une assiette forfaitaire inférieure, dès lors que les éléments d'appréciation fournis par celui-ci sur l'importance de ses revenus professionnels au cours de l'année au titre de laquelle la cotisation est due, établissent que ces revenus seront inférieurs à l'assiette retenue en application de cet alinéa.</p>	(Alinéa sans modification).	
	<p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article.</p>	(Alinéa sans modification.)	
<p>Ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967, relative à l'organisation administrative et financière de la sécurité sociale.</p>	Art. 22	Art. 22	
<p><i>Art. 33.</i> — Les charges de la section des employeurs et travailleurs indépendants des professions non agricoles sont couvertes par des cotisations calculées d'après le revenu professionnel des intéressés dans des conditions fixées par décret.</p>	<p>L'article 33 de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>L'article 33... ... 21 août 1967 précitée est remplacé... ... suivante :</p>	
	<p>« <i>Art. 33.</i> — Les charges de la section des employeurs et travailleurs indépendants des professions non agricoles sont couvertes par des cotisations calculées dans les conditions définies par l'article 32-1 ci-dessus.</p>	(Alinéa sans modification.)	
<p>Loi n° 73-1193 d'orientation du commerce et de l'artisanat.</p>	Art. 23	Art. 23	
<p>Chapitre IV Prestations familiales</p>	<p>L'article 24 de la loi n° 73-1193 du 27 décembre 1973 d'orientation du commerce et de l'artisanat est abrogé.</p>	(Sans modification.)	
<p>Art. 24</p>			
<p>Dans le cadre de l'harmonisation définie à l'article 9, les prestations familiales seront progressivement rapprochées</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>de celles servies aux salariés du régime général pour être alignées sur elles au plus tard le 31 décembre 1977. Les cotisations correspondantes seront fixées en pourcentage des revenus professionnels des assurés.</p>	Art. 24	Art. 24	
<p>Loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 relative à l'assurance maladie et à l'assurance maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.</p>	<p>Le 2^e alinéa de l'article 18 de la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	I. — Le 2 ^e alinéa...	
<p>Art. 18. — « Les charges entraînées par l'application de la présente loi sont couvertes par les cotisations des assurés, la fraction du produit de la cotisation créée par l'article 14 de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967, le produit de la contribution sociale de solidarité à la charge de certaines sociétés instituée par la loi n° 70-13 du 3 janvier 1970 », « et par les versements à intervenir au titre de la compensation instituée par l'article 2 de la loi n° 74-1094 du 24 décembre 1974. »</p>		... dispositions suivantes :	
<p>« Les cotisations des assurés sont fixées en pourcentage de leurs revenus professionnels et de leurs allocations ou pensions de retraite ou d'invalidité, y compris les pensions servies dans les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires ». Un décret détermine le taux et les modalités de calcul des cotisations et les cas éventuels d'exonération totale ou partielle. »</p>	<p>« Les cotisations des assurés sont fixées en pourcentage de leurs revenus professionnels non salariés non agricoles retenus pour le calcul de l'impôt sur le revenu et de leurs allocations ou pensions de retraite ou d'invalidité, y compris les pensions servies dans les régimes complémentaires, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Ces cotisations sont, chaque année, calculées à titre provisionnel sur la base du revenu professionnel non salarié non agri-</p>	Les cotisations...	
		... ou pensions de retraite, y compris...	

Dispositions en vigueur

Texte du projet
de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture

Propositions
de la Commission

cole de l'avant-dernière année auquel s'ajoutent, le cas échéant, les pensions de retraite ou d'invalidité. Le revenu professionnel est revalorisé par application successivement du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages constaté pour la dernière année, et du taux d'évolution en moyenne annuelle du même indice figurant dans le rapport économique et financier associé au projet de loi de finances pour l'année au titre de laquelle la cotisation est due. Lorsque le revenu professionnel est définitivement connu, la cotisation fait l'objet d'une régularisation. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul des cotisations et les cas éventuels d'exonération. Par dérogation à ces dispositions, la cotisation peut, à la demande de l'assuré, être fixée sur la base d'une assiette forfaitaire inférieure, dès lors que les éléments d'appréciation fournis par celui-ci, sur l'importance de ses revenus professionnels, au cours de l'année au titre de laquelle la cotisation est due, établissent que ces revenus seront inférieurs à l'assiette retenue en application du présent alinéa. »

..., les pensions de retraite.
Le revenu...

... et financier annexé au
projet...

... d'une régularisation. Par
dérogation à ces dispositions,

... alinéa. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul des cotisations ainsi que les seuils d'exonération totale ou partielle.

II (nouveau) - L'article 18 de la loi n° 66-509 du 12 juillet 1966 modifiée est complété par le nouvel alinéa suivant :

« Les pensions d'invalidité sont exonérées de cotisations. »

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>Toutefois, les bénéficiaires de l'allocation supplémentaire du fonds national de solidarité sont dispensés du versement des cotisations correspondant aux prestations de base ; ces cotisations seront prises en charge par l'État dans les conditions fixées par décret. »</p>			
<p>« Par ailleurs, dans le cadre de l'harmonisation définie à l'article 9 de la loi n° 73-1193 du 27 décembre 1973 d'orientation du commerce et de l'artisanat, les dispositions applicables aux cotisations d'assurance maladie et maternité des artisans et commerçants retraités sont progressivement alignées sur celles du régime général.</p>			
<p>« En conséquence, les assurés retraités âgés de plus de soixante-cinq ans ou de soixante ans en cas d'incapacité au travail, ainsi que les conjoints bénéficiaires d'une pension de réversion, dont les revenus n'excèdent pas un montant fixé chaque année par décret, sont exonérés du versement des cotisations sur leur allocation ou pension. »</p>			
Code de la Sécurité sociale			
<p>Livre VIII — Titre 1^{er} Allocation vieillesse Chapitre III : Professions artisanales, industrielles et commerciales</p>	Art. 25	Art. 25	
	<p>L'article L.663-9 du Code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :</p>	<p>(Alinéa sans modification).</p>	
<p><i>Art. L.663-9.</i> — Les cotisations des assurés sont fixées, dans les conditions déterminées par décret et dans la limite d'un plafond, en fonction de leurs derniers</p>	<p>« <i>Art. L.663-9.</i> — Les cotisations sont fixées dans les conditions déterminées par décret et dans la limite d'un plafond en pourcentage des revenus professionnels non</p>	<p>(Alinéa sans modification).</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>revenus fiscaux connus provenant d'activités professionnelles non salariées non agricoles ou, à défaut, en fonction de revenus forfaitaires. Elles font l'objet, le cas échéant, d'un ajustement en plus ou en moins après connaissance des revenus de l'année à laquelle elles se rapportent.</p>	<p>salariés non agricoles de l'avant-dernière année retenu pour le calcul de l'impôt sur le revenu ou, le cas échéant, en fonction de revenus forfaitaires.</p>	<p>Les revenus professionnels sont revalorisés...</p>	
<p>Le montant du plafond, ainsi que le taux de la cotisation, sont ceux fixés, en matière d'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale, en application de l'article 41 de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 modifiée.</p>	<p>Ces revenus sont revalorisés par application successive-ment du taux d'évolution en moyenne annuelle de l'indice général des prix à la consommation des ménages constaté pour la dernière année et du taux d'évolution en moyenne annuelle du même indice figurant dans le rapport économique et financier associé au projet de loi de finances, pour l'année au titre de laquelle la cotisation est due.</p>	<p>... et financier annexé au projet...</p>	
<p>Ordonnance n° 67-706 du 21 août relative à l'organisation administrative et financière de la Sécurité sociale.</p>	<p>Lorsque les revenus professionnels sont définitivement connus, la cotisation fait l'objet d'une régularisation.</p>	<p>... est due.</p>	
<p>Chapitre II : Organisation financière.</p>	<p>Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa ci-dessus, la cotisation peut, à la demande de l'assuré, être fixée sur la base d'une assiette forfaitaire inférieure, dès lors que les éléments d'appréciation fournis par celui-ci sur l'importance de ses revenus professionnels, au cours de l'année au titre de laquelle la cotisation est due, établissent que ces revenus seront inférieurs à l'assiette retenue en application de cet alinéa.</p>	<p>(Alinéa sans modification.)</p>	
<p>Art. 41. — La couverture des charges de l'assurance vieillesse est, indépendamment des contributions de l'État prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, assurée par des cotisations assises sur les rémunérations ou gains perçus par les travailleurs salariés ou assimilés, dans la limite d'un plafond fixé par décret à intervalles qui ne peuvent être inférieurs au semestre ni supérieurs à l'année après avis des organisations signataires de la convention collective nationale ayant institué les régimes de retraites complémentaires des cadres et compte tenu de</p>	<p>Le montant du plafond, ainsi que le taux de la cotisation, sont ceux fixés en matière d'assurance vieillesse du régime général de la sécurité sociale en application de l'article 41 de l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 modifiée. »</p>	<p>(Alinéa sans modification.)</p>	
		<p>(Alinéa sans modification.)</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale en 1 ^{re} lecture	Propositions de la Commission
<p>l'évolution générale des salaires.</p> <p>Cette cotisation, dont le taux est fixé par décret, est pour partie à la charge de l'employeur et pour partie à la charge du salarié.</p> <p>Des cotisations forfaitaires peuvent être fixées par des arrêtés du ministre des Affaires sociales pour certaines catégories de salariés ou assimilés.</p> <p>Le recouvrement des cotisations visées au présent article est assuré pour le compte de la caisse nationale d'assurance vieillesse par les unions de recouvrement. Le contrôle et le contentieux du recouvrement sont également exercés par ces unions.</p>	<p>l'ordonnance n° 67-706 du 21 août 1967 modifiée. »</p> <p>Art. 26</p> <p>Des décrets fixeront les conditions d'application des articles 24 et 25. A titre transitoire, les cotisations visées par ces articles sont calculées conformément aux dispositions applicables antérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi.</p> <p>Art. 27</p> <p>I. — Il est institué, au profit de la Caisse nationale d'assurance maladie, une cotisation perçue sur le tabac et les boissons alcooliques en raison des risques que comportent ces produits pour la santé. La date d'entrée en vigueur de cette disposition est fixée par décret sans pouvoir être postérieure au 30 juin 1983.</p>	<p>Art. 26</p> <p>(Sans modification.)</p> <p>Art. 27</p> <p>(Sans modification.)</p>	

Dispositions en vigueur

Texte du projet
de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture

Propositions
de la Commission

II. — En ce qui concernent les boissons alcooliques, la cotisation est due à l'occasion de l'achat, par les consommateurs, de boissons d'une teneur en alcool supérieure à 25 % vol.

La cotisation est représentée par un timbre acquis pour le compte des consommateurs, par les personnes leur vendant des boissons visées au premier alinéa et qui doit être apposé sur toutes les bouteilles comprises dans les stocks destinés à la vente au détail.

III. — En ce qui concerne les tabacs, la cotisation est due à l'occasion de l'achat, par des consommateurs, de tabacs manufacturés de toute nature.

La cotisation est représentée par un timbre acquis, pour le compte des consommateurs, par les fournisseurs de tabacs au sens de la loi n° 76-448 du 24 mai 1976 et apposé par eux ou les fabricants sur les unités de conditionnement pour la vente au détail.

IV. — Le montant de la cotisation spéciale est fixé à :

— en ce qui concerne les alcools

• 1 F par décilitre ou fraction de décilitre lorsque le volume du contenant est inférieur ou égal à 1 l ;

• 15 F lorsque le volume est supérieur à 1 l, mais inférieur ou égal à 1,5 l ;

• 10 F par litre ou fraction de litre lorsque le volume est supérieur à 1,5 l ;

— en ce qui concerne les tabacs

• 0,25 F par franc ou fraction du prix de l'unité de conditionnement.

Dispositions en vigueur

Texte du projet
de loi

Texte adopté par
l'Assemblée nationale
en 1^{re} lecture

Propositions
de la Commission

V. — La cotisation est assise, contrôlée et recouvrée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, assistée en tant que de besoin, par les services de l'État désignés par arrêté, dans les mêmes conditions et sous les mêmes garanties et sanctions qu'en matière de contributions indirectes. Les frais relatifs au recouvrement et à la gestion de la cotisation sont fixés par arrêtés et s'imputent sur celle-ci.

VI. — Le montant de la cotisation n'est pas compris dans l'assiette de la taxe sur la valeur ajoutée, ni des prélèvements de nature fiscale ou parafiscale assis comme taxe. Il n'est pas pris en considération pour l'application des limites du forfait et du régime simplifié d'imposition.

La cotisation n'est pas déductible pour l'établissement de l'impôt sur le revenu ou, le cas échéant, de l'impôt sur les sociétés dû par le consommateur.

VII. — Un décret en Conseil d'État fixe les conditions d'application du présent article, et notamment l'adaptation de ces dispositions au cas des tabacs manufacturés vendus dans les départements de Corse et les départements d'outre-mer.

Art. 28 (nouveau)

Le comité d'entreprise ou d'établissement est informé trimestriellement de la situation de l'entreprise au regard des cotisations de sécurité sociale.