

N° 60

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 2001-2002

Annexe au procès-verbal de la séance du 7 novembre 2001

RAPPORT

FAIT

*au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de
financement de la sécurité sociale pour 2002, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE
NATIONALE,*

Par M. Alain VASSELLE,

Sénateur.

Tome IV : Examen des articles
et Tome V : Tableau comparatif

(1) Cette commission est composée de : M. Nicolas About, *président* ; MM. Alain Gournac, Louis Souvet, Gilbert Chabroux, Jean-Louis Lorrain, Roland Muzeau, Georges Mouly, *vice-présidents* ; M. Paul Blanc, Mmes Annick Bocandé, Claire-Lise Champion, M. Jean-Marc Juilhard, *secrétaires* ; MM. Henri d'Attilio, Gilbert Barbier, Joël Billard, Jean-Pierre Cantegrit, Bernard Cazeau, Jean Chérioux, Mme Michelle Demessine, M. Gérard Dériot, Mme Sylvie Desmarescaux, MM. Claude Domeizel, Michel Esneu, Jean-Claude Étienne, Guy Fischer, Jean-Pierre Fourcade, Serge Franchis, Francis Giraud, Jean-Pierre Godefroy, Mme Françoise Henneron, MM. Philippe Labeyrie, Roger Lagorsse, André Lardeux, Dominique Larifla, Jean-René Lecerf, Dominique Leclerc, Marcel Lesbros, Mme Valérie Létard, MM. Jean Louis Masson, Serge Mathieu, Mmes Nelly Olin, Anne-Marie Payet, M. André Pourny, Mme Gisèle Printz, MM. Henri de Raincourt, Gérard Roujas, Mmes Janine Rozier, Michèle San Vicente, MM. Bernard Seillier, André Vantomme, Alain Vasselle, Paul Vergès, André Vézinhet.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (11^{ème} législ.) : 3307, 3319, 3345 et T.A. 717

Sénat : 53 et 61 (2001-2002)

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

	<u>Pages</u>
EXAMEN DES ARTICLES	7
TITRE PREMIER - ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE	7
• <i>Article premier</i> Approbation du rapport annexé	7
TITRE PREMIER BIS (NOUVEAU) - CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE	14
• <i>Article premier bis (nouveau)</i> Questionnaires parlementaires sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale	14
• <i>Article premier ter (nouveau) (article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997)</i> Contrôle parlementaire des organismes privés de sécurité sociale	16
• <i>Article premier quater (nouveau)</i> Codification (article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997)	20
TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES	21
• <i>Art. 2 (article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)</i> Exonération de cotisations et de contributions sociales des indemnités complémentaires de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	21
• <i>Art. 2 bis (nouveau)</i> Exonération de cotisations sociales pour les services prestataires d'aide à domicile	22
• <i>Art. 3 (art. L. 311-3 du code de la sécurité sociale et L. 722-20 du code rural)</i> Règles d'affiliation de certains dirigeants d'associations et des présidents et des dirigeants de sociétés par actions simplifiées	24
• <i>Art. 3 bis (nouveau)</i> Création d'un contrat vendanges	28
• <i>Article additionnel après l'article 3 bis</i> Extension du contrat vendange à l'ensemble des activités agricoles à caractère saisonnier	29
• <i>Art. 3 ter (nouveau) (art. L. 311-3 du code de la sécurité sociale, L. 114-26 et L. 114-27 du code de la mutualité)</i> Statut social des élus mutualistes	30
• <i>Art. 4 (art. 20-1 nouveau de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000)</i> Allègement de cotisations sociales patronales en faveur de l'embauche d'un premier salarié	31
• <i>Art. 4 bis (nouveau) (art. L. 133-1, L. 135-3 et L. 136-6 du code de la sécurité sociale, art. L. 641 et 1647 du code général des impôts et 8 de l'ordonnance n°96-50 du 24 janvier 1996)</i> Frais d'assiette et de recouvrement de la CSG et de la CRDS	34
• <i>Art. 5 (art. L. 131-9, L. 131-10 et L. 135-1 du code de la sécurité sociale)</i> Organisation et comptabilité du FOREC	36
• <i>Art. 6 (art. L. 131-10, L. 135-3, L. 137-1, L. 137-6 à L. 137-9 nouveau, L. 241-1 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale, art. L. 213-1 et L. 213-2 du code des assurances, article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001)</i> Produits du FOREC	40
• <i>Art. 6 bis (nouveau) (art. 572 et 575 A du code général des impôts)</i> Augmentation des minima de perception sur les tabacs	45
• <i>Art. 7 (art. L. 241-6-2 et L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale)</i> Charges du FOREC	49
• <i>Art. 8</i> Fixation des prévisions de recettes pour 2002	52
• <i>Art. 9</i> Fixation des prévisions de recettes révisées pour 2001	56

TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE	59
Section 1 - Branche maladie	59
• <i>Art. 10 A (nouveau) (art. L. 162-14-1 et L. 162-15-2 du code de la sécurité sociale)</i> Conventionnement des professions de santé	59
• <i>Art. 10 (art. L. 5125-23 du code de la santé publique et L. 162-16 du code de la sécurité sociale)</i> Prescription en dénomination commune internationale	62
• <i>Art. 11 (art. L. 245-2 du code de la sécurité sociale)</i> Fixation du taux de la contribution applicable aux dépenses de promotion et d'information des laboratoires pharmaceutiques à l'intention des prescripteurs	65
• <i>Art. 11 bis (nouveau) (art. L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale)</i> Taux de la taxe sur les ventes directes de spécialités pharmaceutiques	68
• <i>Art. 11 ter (nouveau) (art. L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale)</i> Rapport d'activité du Comité économique des produits de santé	69
• <i>Art. 12</i> Clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques	70
• <i>Art. 12 bis (nouveau) (art. L. 165-3-1 et L. 165-3-2 du code de la sécurité sociale)</i> Sanctions applicables aux fournisseurs de dispositifs médicaux	72
• <i>Art. 13</i> Dotation du fonds pour la modernisation des cliniques privées	74
• <i>Art. 14</i> Dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé	78
• <i>Art. 15 (article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)</i> Dotation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville	83
• <i>Art. 15 bis (nouveau) (art. L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale)</i> Informatisation des centres de santé et formation professionnelle conventionnelle des professionnels de santé y travaillant	86
• <i>Art. 15 ter (art. L. 315-12 du code de la sécurité sociale)</i> Entente préalable	87
• <i>Art. 16 (art. L. 174-5 et L. 174-6 du code de la sécurité sociale, 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001)</i> Mesures de tarification liées à la mise en oeuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)	88
• <i>Art. 17 (ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982)</i> Réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière	92
• <i>Art. 18 (article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994)</i> Fonds pour l'emploi hospitalier	95
• <i>Art. 18 bis (nouveau) (art. L. 2132-2 du code de la santé publique et art. L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale)</i> Examen bucco-dentaire obligatoire pour les enfants	98
• <i>Art. 18 ter (nouveau) (art. L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale)</i> Participation des professionnels de santé libéraux à la permanence des soins	100
• <i>Art. 18 quater (nouveau) (art. L. 162-43 à L. 162-45 nouveaux du code de la sécurité sociale)</i> Dotation nationale de développement des réseaux	102
• <i>Art. 18 quinquies (nouveau) (art. L. 380-5 du code de la sécurité sociale)</i> Affiliation au régime général des enfants mineurs des personnes ne remplissant pas les conditions de résidence stable et régulière	104
• <i>Art. 18 sexies (nouveau) (art. L. 861-3 du code de la sécurité sociale)</i> Bénéfice du tiers payant pour les personnes sortant du dispositif CMU	105
• <i>Art. 18 septies (nouveau) (article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et article 4 de l'ordonnance n°96-345 du 24 avril 1996)</i> Prime à l'installation pour les professionnels de santé	107
Section 2 - Branche accidents du travail	110
• <i>Art. 19</i> Dotation du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante	110
• <i>Art. 19 bis (nouveau) (article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)</i> Extension de la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante aux personnels portuaires assurant la manutention	111

• Art. 19 ter (nouveau) (article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999) Extension de la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante aux dockers ayant manipulé de l'amiante	113
• Art. 19 quater (nouveau) (article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999) Cumul de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante avec un avantage de vieillesse	115
• Art. 19 quinquies (nouveau) (article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999) Contrôle du Parlement sur le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante	116
• Art. 20 (articles 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et L. 361-3, L. 431-2 et L. 434-1 du code de la sécurité sociale) Levée de la prescription pour les maladies professionnelles liées à l'amiante et revalorisation des indemnités en capital	118
• Art. 20 bis (nouveau) (art. L. 411-2 du code de la sécurité sociale) Accidents de trajet survenus dans le cadre d'un groupement d'employeurs	122
• Art. 20 ter (nouveau) (art. L. 434-2 du code de la sécurité sociale) Majoration de la rente pour tierce personne	123
• Art. 20 quater (nouveau) (art. L. 434-8 du code de la sécurité sociale) Bénéficiaires des rentes viagères pour les ayants droit	124
• Art. 21 (articles 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 et L. 176-1 du code de la sécurité sociale) Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des sous-déclarations des accidents du travail	127
Section 3 - Branche famille	130
• Art. 22 (art. L. 112-25-4, L. 122-26 et L. 226-1 du code du travail, L. 330-1, L. 331-8, L. 615-19-2 et L. 722-8-3 du code de la sécurité sociale) Création d'un congé de paternité	130
• Art. 23 (art. L. 223-1, L. 241-2, L. 612-1 du code de la sécurité sociale et L. 732-13 du code rural) Financement du congé de paternité	135
• Art. 23 bis (nouveau) (art. L. 544-6 du code de la sécurité sociale) Suppression du délai de carence pour le bénéfice de l'allocation de présence parentale	137
• Art. 24 Abondement du fonds d'investissement pour la petite enfance	139
• Article additionnel après l'article 24 Pouvoir de composition du conseil d'administration de la Caisse nationale d'allocations familiales quant à l'utilisation des excédents de la branche famille	145
• Art. 25 Poursuite de la prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfant	146
• Art. 25 bis (nouveau) (art. L. 543-2 du code de la sécurité sociale) Instauration d'une allocation différentielle de rentrée scolaire	148
• Article additionnel après l'article 25 bis Modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire	151
Section 4 - Branche vieillesse	152
• Art. 26 A (nouveau) (art. L. 351-10 et L. 351-10-1 du code du travail) Instauration d'une garantie de ressources aux chômeurs de moins de 60 ans totalisant 40 années de cotisations vieillesse	152
• Art. 26 (art. L. 351-11 du code de la sécurité sociale) Revalorisation des retraites du régime général et des avantages alignés sur l'évolution prévisionnelle des prix	158
• Art. 26 bis (nouveau) (art. L. 161-19 du code de la sécurité sociale) Prise en compte des périodes de service national pour l'ouverture et le calcul des droits en matière d'assurance vieillesse	160
• Art. 26 ter (nouveau) (art. L. 351-4 du code de la sécurité sociale) Majoration de la durée d'assurance pour enfant	161

• <i>Art. 26 quater (nouveau) Rapport sur l'accueil et l'hébergement des personnes handicapées de plus de 60 ans</i>	163
• <i>Art. 26 quinquies (nouveau) Rapport sur la politique en matière de pension de réversion</i>	163
• <i>Art. 27 (art. L. 381-17, L. 381-18-1 nouveau, L. 721-1, L. 721-2, L. 721-3, L. 721-5 et L. 721-11-1 du code de la sécurité sociale) Achèvement de l'intégration financière du régime des cultes au régime général de sécurité sociale</i>	166
• <i>Article additionnel après l'article 27 (art. L. 134-2 du code de la sécurité sociale) Suppression de la compensation spécifique entre les régimes spéciaux</i>	169
• <i>Art. 28 (art. L. 245-16 et L. 135-7 du code de la sécurité sociale) Alimentation du fonds de réserve pour les retraites</i>	172
• <i>Art. 29 Transfert d'une part des excédents de la CNAF vers le fonds de réserve pour les retraites</i>	173
Section 5 - Objectifs de dépenses par branche pour les années 2001 et 2002	175
• <i>Art. 30 Fixation des objectifs de dépenses pour 2002</i>	175
• <i>Art. 31 Fixation des objectifs de dépenses révisés pour 2001</i>	179
Section 6 - Objectif national de dépenses d'assurance maladie	181
• <i>Art. 32 Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2002</i>	181
• <i>Art. 32 bis (nouveau) Majoration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2001</i>	184
Section 7 - Mesures relatives à la trésorerie, à la comptabilité et à l'organisation financière	186
• <i>Art. 33 (art. L. 133-5 et L. 133-6 nouveaux et L. 242-3 du code de la sécurité sociale, art. L. 118-6 du code du travail) Modernisation et simplification du recouvrement des cotisations sociales</i>	186
• <i>Art. 33 bis (nouveau) (art. L. 136-7 du code de la sécurité sociale) Date du versement d'un acompte sur la CSG à l'ACOSS</i>	191
• <i>Art. 33 ter (nouveau) (art. L. 200-2, L. 200-2-1, L. 216-3, L. 224-5, L. 224-5-1 à L. 224-5-4 et L. 224-6 nouveaux du code de la sécurité sociale) Rôle de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale</i>	193
• <i>Art. 34 Fixation des plafonds d'avances de trésorerie pour 2002</i>	195
TRAVAUX DE LA COMMISSION - EXAMEN DU RAPPORT	202
TABLEAU COMPARATIF	241

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE PREMIER

-

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

Article premier

Approbation du rapport annexé

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

I - Le dispositif proposé

L'an dernier¹, M. Charles Descours, rapporteur, avait consacré un long développement à l'exercice du rapport annexé approuvé et amendé par le Parlement. Faisant suite à ses travaux de juin 1999², il avait souligné combien cet exercice laissait dubitatif et avait rappelé les recommandations formulées par la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2000.

De fait, le présent rapport se présente comme une sorte d'exposé des motifs du projet de loi sans que les liens entre le premier et le second soient

¹ Rapport n° 67 (2000-2001) Tome IV.

² Rapport n° 433 (1998-1999), les lois de financement de la sécurité sociale : un acquis essentiel, un instrument perfectible.

renforcés, comme le préconisait la Cour, ni que les « *objectifs généraux* » soient explicitement distingués des « *engagements précis* ».

Comme les années précédentes, cet article a été réservé, lors du débat à l'Assemblée nationale, pour un examen *in fine* provoquant un rappel au règlement non moins traditionnel de M. Jean-Luc Prélé soulignant qu'il « *serait plus logique de commencer par discuter des objectifs et des priorités nationales, avant de définir leur mode de financement* ».

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté 11 amendements au rapport annexé au présent article premier dont la tonalité est apparue à votre rapporteur légèrement irrévérencieuse à l'égard du Gouvernement qui néanmoins s'y est montré favorable.

Ce rapport étant dépourvu de valeur normative, comme l'a rappelé le Conseil d'Etat, l'irrévérence surtout lorsqu'elle est légère ne prête pas à conséquence et confirme que l'article premier a pour vocation de servir d'exécutoire aux humeurs parlementaires.

Le premier amendement, déposé au nom de la commission par le rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, est de précision et rappelle, selon son exposé sommaire, que « *l'excédent de la sécurité sociale depuis 1999 a été calculé en encaissement/décaissement, sans tenir compte de l'annulation de la créance du FOREC* ».

De fait, en droit constaté, le régime général n'est pas redevenu excédentaire depuis 1999 puisque le résultat de l'exercice 2000 affiche précisément un déficit de 17,2 milliards de francs.

De surcroît, si l'on prend en compte les mesures du projet de loi et les modifications apportées par l'Assemblée nationale, le résultat cumulé des exercices 1999-2002 fait apparaître un très fragile équilibre qui dément totalement la référence du présent rapport annexé à « *la robustesse du redressement des comptes sociaux* ».

Le second amendement, du même auteur, dispose qu'« *en matière de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement étudiera la possibilité de simplifier les mécanismes d'affectation de recettes et les transferts financiers* ».

Votre commission partage pleinement cette préoccupation et s'emploie depuis trois ans à amender dans ce sens les projets de loi de financement.

L'amendement considère que cette simplification passe par l'approfondissement des « *voies de la consolidation de la réforme de l'assiette des cotisations patronales de sécurité sociale* ».

Cet amendement a trouvé un moment son pendant dans le dispositif normatif du projet de loi sous la forme d'un article 6 bis, créant une « *contribution assise sur la valeur ajoutée des entreprises* » qui n'a malheureusement pas survécu à une seconde délibération¹.

Il se fait l'écho également des précédents rapports annexés. Le souhait d'une telle réforme figure en effet dans les rapports d'octobre 1997 (*loi de financement de la sécurité sociale pour 1998*), d'octobre 1998 (*loi de financement de la sécurité sociale pour 1999*) et d'octobre 1999 (*loi de financement de la sécurité sociale pour 2000*). Curieusement, le rapport d'octobre 2000 (*loi de financement de la sécurité sociale pour 2001*) était silencieux sur ce point. La continuité, grâce au rapporteur de l'Assemblée nationale, a été rétablie et la réforme de l'assiette des cotisations patronales de sécurité sociale peut ainsi s'inscrire dans la série des réformes auxquelles le Gouvernement a *beaucoup pensé* pendant la présente législature.

Votre rapporteur s'interroge toutefois sur le terme « *consolidation* » utilisé dans l'amendement précité car il ne peut croire que l'auteur ait pu considéré que le *fonds de réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC)* alimenté par le produit de tous les comportements nocifs de nos concitoyens (tabac, alcool, pollution) relève de l'amorce de l'esquisse d'une telle réforme.

Mme la ministre de l'Emploi et de la Solidarité a, semble-t-il, elle-même renoncé à prétendre qu'une telle réforme était sous-jacente aux modalités de financement des trente-cinq heures. Il ne lui a pas semblé « *absurde* » en effet « *de financer le FOREC par le produit de taxes destinées à décourager des pratiques nocives pour la santé* »².

Précisément, les trois amendements suivants, défendus conjointement par le rapporteur et M. Jean-Luc Prével, traitent du tabac. Les deux premiers, identiques, disposent : « *la mortalité prématurée évidente due notamment au tabac et à l'alcool deviendra enfin* (c'est votre rapporteur qui souligne ce constat d'échec d'une législature) *une priorité nationale* ».

Le troisième, cosigné, appelle à « *une action efficace de prévention et de lutte contre le tabagisme* » et au soutien de « *ceux qui souhaitent arrêter de fumer* ».

¹ Il a été immédiatement remplacé par un nouvel article 6 bis qui était l'ancien article 6 ter.

² Débats Assemblée nationale- 1^{ère} séance du 25 octobre 2001. CRA, p. 16.

Votre rapporteur partage totalement l'inspiration de cet amendement mais souligne combien il aurait dû être gagé tant il menace de tarir les ressources du FOREC et compromettre le financement des trente-cinq heures.

Cinq autres amendements présentés également alternativement ou conjointement par le rapporteur et M. Jean-Luc Prével, souhaitent attirer l'attention sur les difficultés rencontrées dans l'organisation des urgences, sur la nécessité d'améliorer le nombre et le niveau des bourses d'étudiants infirmiers, sur le non moins nécessaire développement de la tarification à la pathologie. Sur ce dernier point, l'amendement souligne, ce faisant, implicitement l'inaction du Gouvernement alors que l'article 55 de la loi du 27 juillet 1999 lui a enjoint d'avancer dans cette voie. Il n'est pas certain que ce rappel au moment où il intervient et dans le cadre du présent rapport soit d'un effet drastique.

Enfin, le dernier amendement du rapporteur pour les recettes et l'équilibre général a pour objet, selon son exposé sommaire, de « *réaffirmer que la nécessaire modernisation de la comptabilité des organismes de sécurité est en bonne voie* ». Dont acte.

Mais encore faut-il rappeler que le chantier a été ouvert en 1994 par la constitution d'un groupe de travail et qu'un décret du 23 mai 1996 a officialisé la comptabilisation en droit constaté dans les organismes du régime général. Trois décrets du 18 mars 1997 ont fait de même pour les autres régimes.

Ce chantier allait de pair avec la mise en place des lois de financement de la sécurité sociale qui devait permettre à la représentation nationale de débattre dans la transparence des enjeux financiers de la protection sociale. C'est ce second volet que la politique du Gouvernement a durablement compromis.

III - La position de votre commission

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

Elle vous propose, cette année, une démarche identique, observant que l'essentiel des orientations qu'elle avait tracées trouve dans les errements du présent projet de loi des justifications supplémentaires.

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

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

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

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

• Retrouver l'ambition initiale des lois de financement

A l'issue d'une période de croissance exceptionnelle, la situation des comptes sociaux apparaît paradoxalement d'une extrême fragilité.

L'exercice 2002 affiche un excédent prévisionnel de nature symbolique au regard de l'importance du budget social et, de surcroît, grevé d'une grande incertitude compte tenu des hypothèses particulièrement volontaristes qui ont été retenues tant pour la croissance économique que pour l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

D'avantage, la sécurité sociale aborde les difficultés qui viennent sans aucune réserve financière et sans avoir ne serait-ce qu'amorcé les réformes indispensables pour affronter les échéances lourdes qui s'annoncent, liées notamment au vieillissement de notre population.

Enfin, en dépit de la part croissante des prélèvements obligatoires qu'ils ont consacrée aux dépenses sociales, les Français n'ont pas le sentiment d'être mieux soignés, mieux protégés et de pouvoir regarder vers l'avenir avec sérénité.

Cet échec tient pour beaucoup au détournement dont ont été l'objet les lois de financement de la sécurité sociale.

Dès qu'est apparue la perspective fragile d'un redressement des comptes sociaux, ces lois ont été en effet transformées en instrument de financement d'une politique de l'emploi aventureuse, les trente-cinq heures.

Dès lors, ces lois n'ont-elles guère dépassé le stade initial de la mise en œuvre d'un nouveau plan de sauvetage de la sécurité sociale et n'ont pu jouer leur véritable rôle : celui de permettre un débat annuel sur les priorités de la protection sociale, et sur les moyens financiers que la collectivité est prête à lui consacrer, faire apparaître clairement aux yeux des Français la raison d'être de l'effort qu'ils consentent et le bénéfice qu'ils sont en droit d'attendre.

La législature qui s'achève porte ainsi une lourde responsabilité.

C'est pourtant cette ambition initiale que doivent retrouver les lois de financement de la sécurité sociale. Elles constituent un acquis essentiel pour garantir, dans la transparence et dans le cadre d'un débat démocratique, l'avenir de notre système de protection sociale.

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

• ***Débattre des priorités de santé publique***

A l'évidence, les orientations de la politique de santé ne sauraient être cantonnées à un cadre annuel. Les travaux du Haut comité de santé publique et de la Conférence nationale de santé en témoignent clairement. Cette constatation de bon sens ne doit pas conduire à s'abstenir de tout débat au motif que les lois de financement de la sécurité sociale s'inscrivent dans un cadre annuel.

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

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

Une telle démarche apparaît préférable à celle consistant, d'une part, à prévoir chaque année au Parlement un débat sur la santé, qui risque fort d'être décevant car répétitif et dépourvu d'enjeu et de traduction concrète et, d'autre part, à évoquer, de manière vague, le caractère pluriannuel qui pourrait être conféré à l'ONDAM.

Quelle que soit la solution qui pourrait être retenue, il importe que l'ONDAM puisse réellement remplir sa fonction.

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

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

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

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

Mais il semble illusoire de prétendre conduire durablement une telle démarche dans un contexte marqué par la multiplication des ponctions sur les recettes de l'assurance maladie dont témoigne le présent projet de loi de financement qui aggrave dans des proportions considérables des déficits déjà insupportables.

• ***Clarifier les circuits financiers***

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

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

Il revient certes au Parlement de faire apparaître, grâce à un travail de décryptage long et fastidieux, la réalité économique de ces transferts qui, au demeurant, est simple et répétitive : ponctionner la sécurité sociale pour financer la coûteuse politique des trente-cinq heures.

Les lois de financement, qui devaient, chaque année, permettre un débat lucide sur les comptes sociaux, ont été ainsi utilisés pour mettre en place des circuits financiers opaques, chaque année modifiés et masquant des transferts illégitimes.

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

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

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

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

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

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

TITRE PREMIER BIS (NOUVEAU)

-

CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Ce nouveau titre, inséré par l'Assemblée nationale en première lecture sur proposition de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, avec l'accord du Gouvernement, est destiné à accueillir les articles premier bis, premier ter et 1^{er} quater (nouveaux) visant à renforcer les pouvoirs de contrôle des commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des Affaires sociales.

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

Article premier bis (nouveau)

Questionnaires parlementaires sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale

Objet : Cet article vise à encadrer, dans des délais stricts, le temps imparti au Gouvernement pour répondre aux questionnaires parlementaires sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a été introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative de sa commission dont l'amendement a reçu un avis favorable du Gouvernement.

Il fixe un délai au Gouvernement pour répondre aux questionnaires des « *commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des affaires sociales et (des) autres commissions concernées* » sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Il introduit à cette fin un nouvel article L. 111-8 dans le code de la sécurité sociale.

Le présent article reprend l'esprit de l'article 49 de la loi organique n° 2001-692 du 1^{er} août 2001 relative aux lois de finances qui dispose : « *En vue de l'examen et du vote du projet de loi de finances de l'année, et sans préjudice de toute autre disposition relative à l'information et au contrôle du Parlement sur la gestion des finances publiques, les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des finances et les autres commissions concernées adressent des questionnaires au Gouvernement avant le 10 juillet de chaque année. Celui-ci y répond par écrit au plus tard huit jours francs après la date mentionnée au premier alinéa de l'article 39* »¹.

Le choix des délais opéré par le présent article est quelque peu différent : si la date du 10 juillet est également retenue pour l'envoi des questionnaires, la date limite fixée au Gouvernement pour répondre est arrêtée au 8 octobre tandis que la loi organique précitée retient « un délai glissant » de huit jours francs par rapport au dépôt du projet de loi de finances.

Rappelons que le projet de loi de financement de la sécurité sociale de l'année doit être déposé « *au plus tard le 15 octobre ou, si cette date est un jour férié, le premier jour ouvrable qui suit* »².

Ainsi, selon le présent article, le Gouvernement devra répondre aux questionnaires parlementaires avant même d'avoir déposé le projet de loi de financement.

Il est vrai que, dans le présent article comme dans la loi organique, les questionnaires visés portent « *sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* » et non sur le projet de loi en instance d'examen.

II - La position de votre commission

Votre commission souscrit au dispositif défini par cet article. En effet, elle a régulièrement déploré les retards de communication des réponses à ses questionnaires sur le projet de loi de financement, dont certaines parviennent après que l'examen en séance publique de ce texte a déjà commencé. A cet égard, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 ne paraît pas, malheureusement, faire exception à la règle.

Elle observe toutefois que le présent article n'épuise pas les prérogatives de questionnement des commissions chargées des affaires sociales tel que mentionné à l'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 (*cf. article premier ter ci-dessous*).

¹ Le premier alinéa de l'article 39 mentionne que le projet de loi de finances de l'année est déposé et distribué au plus tard le premier mardi d'octobre.

² Article L.O. 1116 du code de la sécurité sociale.

Les rapporteurs de votre commission, en sus de leurs questionnaires de juillet, adressent en outre volontiers au Gouvernement un questionnaire complémentaire au mois d'octobre, après avoir pris connaissance du projet de loi déposé et de ses annexes.

Ils ne s'interdisent pas de faire de même, autant que les délais le permettent, afin d'obtenir des précisions sur le texte voté par l'Assemblée nationale.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 témoigne combien les finances sociales se sont montrées évolutives entre le 25 septembre 2001, date de la Commission des comptes de la sécurité sociale, et le 30 octobre 2001, date de l'adoption du projet de loi par l'Assemblée nationale.

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

Article premier ter (nouveau)

(article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997)

Contrôle parlementaire des organismes privés de sécurité sociale

Objet : Cet article vise à renforcer les pouvoirs de contrôle sur pièces et sur place des membres du Parlement qui ont la charge de présenter, au nom de la commission compétente, le rapport sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

I – Le dispositif proposé

Le présent article introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative de sa commission et avec l'accord du Gouvernement procède tout d'abord à l'insertion dans le code de la sécurité sociale (art. L. 111-9 nouveau) des dispositions de l'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociales pour 1997 relative au contrôle « sur pièce et sur place » des rapporteurs des commissions chargées des affaires sociales.

Il étend, en second lieu, le champ des organismes concernés par ces contrôles, y incluant dorénavant, non seulement les administrations d'Etat et les établissements publics compétents (ex. : les caisses nationales du régime général), mais également des organismes de sécurité sociale et de la mutualité sociale agricole, ainsi que de « *tout autre organisme privé gérant un régime de base de sécurité sociale légalement obligatoire* ».

II - La position de votre commission

Vos rapporteurs ont fait usage abondamment des prérogatives de contrôle « sur pièce et sur place » qui leur sont conférées.

Au printemps 2000, ils ont ainsi procédé à des investigations sur les difficultés de fonctionnement des caisses d'allocations familiales, sur la gestion des exonérations de cotisations de sécurité sociale ainsi que sur la mise en place de la couverture maladie universelle¹.

En juin dernier, elle a rendu public le résultat de ses contrôles sur les fonds sociaux² : FOREC, F2R, FIPEI, FORMMEL, FASMO, FIMHO, FAQSV, FMCP, FPIM, FMES, etc.

Aussi votre commission est-elle particulièrement sensible à l'initiative prise par l'Assemblée nationale qui malheureusement ne modifiera pas substantiellement les conditions dans lesquelles se déroulent les contrôles « sur pièce et sur place » qui, au-delà des arguments de texte relèvent bien souvent d'un rapport de forces. En témoigne la lettre adressée par votre rapporteur et M. Charles Descours à Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité à l'issue d'un contrôle « sur pièce et sur place » le 8 mars 2001 consacré au F2R³.

« En application de l'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, nous nous sommes rendus, ce jour, à la Direction de la Sécurité sociale pour un contrôle sur pièces et sur place sur le fonds de réserve des retraites créé par la loi de financement pour 1999. Nous avons tenu à vous aviser de ce contrôle par lettre du 2 mars dernier.

« Les prérogatives que nous avons mises en œuvre sont clairement exprimées par la loi dont nous nous permettons de vous rappeler les termes : « Les membres du Parlement qui ont la charge de présenter, au nom de la commission compétente, le rapport sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale suivent et contrôlent, sur pièces et sur place, l'application de ces lois auprès des administrations de l'Etat et des établissements publics compétents. Réserve faite des informations couvertes par le secret médical ou le secret de la défense nationale, tous les renseignements d'ordre financier et administratif de nature à faciliter leur mission doivent leur être fournis. Ils sont habilités à se faire communiquer tout document de quelque nature que ce soit. »

« Pourtant, M. Pierre-Louis Bras, Directeur de la Sécurité sociale, a fait état, lors de ce contrôle, des instructions qu'il avait reçues de votre part quant à la nature des documents de service qu'il était habilité à nous communiquer, limitant ainsi cette communication à six notes, s'échelonnant entre le 19 novembre 1999 et le 23 novembre 2000.

« Ces instructions comportaient trois restrictions qui sont, pour les deux premières, inacceptables et pour la troisième, inopérante.

¹ L'application de la loi de financement de la sécurité sociale, un bilan à mi parcours. Rapport d'information n° 356 (1999-2000).

² Les fonds sociaux – rapport d'information n° 382 (2000-2001).

³ In rapport d'information précité sur les fonds sociaux.

« Vous avez, en effet, considéré qu'aucun document « préparatoire » à une décision du Gouvernement ne pouvait entrer dans le champ des investigations du Parlement.

« Cette restriction ne repose tout d'abord sur aucune disposition relative aux prérogatives des rapporteurs des lois de financement. De fait, les dispositions précitées ne réservent que le cas des informations couvertes par le secret médical et le secret de la défense nationale.

« Nous aurions été prêts à prendre en considération ce point de vue si le fonds de réserve des retraites avait relevé d'un projet envisagé confidentiellement par le Gouvernement. Or, comme il a été rappelé, ce fonds de réserve a été créé par la loi de financement pour 1999 et développé par les lois de financement pour 2000 et 2001.

« Faut-il rappeler en outre que le rapport annexé à l'article premier de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, tel qu'approuvé et amendé par le Parlement, dispose : « au total, le fonds de réserve devrait disposer d'environ 1.000 milliards de francs en 2020 (...). Cette somme correspond à la moitié des déficits prévisionnels des régimes de retraite entre 2020 et 2040. »

« Il ne s'agit donc pas de révéler les mesures que le Gouvernement compte prendre mais de savoir si les mesures qu'il a prises, s'agissant notamment des ponctions réalisées sur le FSV, dont les excédents alimentent le fonds de réserve, les difficultés rencontrées par exemple quant à la vente des licences UMTS ou encore les projections dont dispose l'administration sont en cohérence avec l'objectif proposé au Parlement.

« C'est à ce titre que le Parlement a approuvé le fonds de réserve et il est légitime qu'il puisse connaître les fondements de cet objectif et savoir si le plan de marche prévu est à même d'être respecté.

« En réalité, prétendre faire échapper au contrôle parlementaire, tout dossier ou organisme susceptible de faire l'objet d'une décision future du Gouvernement, reviendrait à cantonner cette procédure à des dossiers définitivement clos (les abattoirs de la Villette, par exemple), transformant ainsi en « archéologues » les rapporteurs de la commission des Affaires sociales qui sont pourtant chargés d'éclairer sur des choix l'assemblée qui les désigne.

« Cette première restriction est donc inacceptable.

« Vous avez considéré, en second lieu, que tout document de service comportant des « appréciations personnelles » échappait également aux investigations des rapporteurs. Cette restriction nous apparaît surprenante.

« S'il s'agit de l'appréciation que porte l'Administration sur tel problème, telle urgence, s'il s'agit pour elle d'inventorier les solutions possibles au vu des données objectives qu'elle est chargée de rassembler, ces notes entrent pleinement dans le périmètre visé par l'article 2 de la loi de financement pour 1997.

« S'il s'agit en revanche de considérations strictement politiques, ou d'appréciations « personnelles » propres au rédacteur, cela pose le problème d'une confusion entre le rôle du Cabinet et celui de l'Administration. Cette situation, fâcheuse d'un point de vue institutionnel, ne saurait être en tout état de cause, utilisée pour s'opposer à l'exercice par le Parlement de ses prérogatives.

« Enfin, vous avez considéré que le champ des investigations des rapporteurs se limitait à l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Nous partageons parfaitement ce point de vue : le fonds de réserve des retraites figurant dans les lois de financement de la sécurité sociale pour 1999, 2000 et 2001, notre mission se situe pleinement dans le cadre du « suivi et du contrôle sur pièces et sur place de l'application des lois de financement ».

« *Toujours sur instructions, M. Pierre-Louis Bras, Directeur de la Sécurité sociale, a en outre refusé de nous communiquer la liste chronologique des documents émis par sa Direction. De sorte que, non seulement, le Gouvernement avance une interprétation inacceptable des prérogatives du Parlement mais entend également être le seul juge de l'application qu'il fait de ces restrictions.*

« *Nous observons en outre que les réponses écrites au questionnaire que nous vous avons adressé le 1^{er} janvier 2001, établi sur la base des mêmes prérogatives, a reçu une réponse de votre part montrant que le Gouvernement accepte de communiquer au Parlement les informations auxquelles ce dernier a droit, à condition toutefois d'en sélectionner la teneur.*

« *Cette attitude tranche singulièrement avec le discours tenu par le Gouvernement à l'occasion de la réforme de la loi organique relative aux lois de finances, dans lequel tient une place de choix le souci d'une parfaite transparence et d'un renforcement des prérogatives de contrôle du Parlement.*

« *Aussi, nous vous demandons de reconsidérer les instructions que vous avez adressées à M. le Directeur de la Sécurité sociale qui ne sont pas fondées en droit et qui traduisent aujourd'hui un double langage de la part du Gouvernement ».*

Votre rapporteur poursuivait ainsi son développement :

« Cette lettre n'a pas reçu de réponse à ce jour.

« En revanche, interrogée le 29 mars 2001, Mme Ségolène Royal, ministre déléguée à la Famille, à l'Enfance et aux Handicapés, déclarait¹ : « *Vous prétendez que le ministère de l'Emploi et de la Solidarité n'a pas fait diligence pour vous ouvrir ses dossiers contrairement au ministère des Finances. Le ministère de l'Emploi et de la Solidarité ne dispose peut être pas de tous les moyens techniques dont bénéficie le ministère des Finances (...). Sachez toutefois que Mme Guigou avait donné des instructions très claires pour que tous les documents vous soient communiqués ».*

« Le premier argument, tenant à l'insuffisance des moyens techniques de la Direction de la Sécurité sociale, est peu contestable mais totalement inopérant dans le cas d'espèce sauf si cette référence à l'insuffisance des « moyens techniques » vise la photocopieuse du service : votre rapporteur ne demandait en effet que les copies de notes existantes.

« L'affirmation de l'existence d'« *instructions très claires* » données par la ministre de l'Emploi et de la Solidarité constitue en revanche une très grave accusation contre le directeur de la Sécurité Sociales, qui aurait trahi les instructions expresses de son ministre, et tenté de faire obstruction à l'exercice par le Parlement de ses prérogatives, accusations dont on comprend mal qu'elles soient restées sans sanction...

« Votre rapporteur n'est en réalité pas dupe de ce double langage. Il déplore d'avoir dû se livrer à un travail fastidieux de reconstitution des notes manquantes du ministère de l'emploi et de la solidarité au travers des notes communiquées par le ministère de l'économie et des finances qui, pour sa part, a choisi la transparence. ».

De fait, pour une telle situation, la loi organique précitée relative aux lois de finances a prévu dans son article 59 une procédure, à l'initiative du

¹ Sénat, réponse à M. Alain Vasselle, jeudi 29 mars 2001, questions d'actualité au Gouvernement, journal officiel p. 898

président des commissions des finances, permettant de « *demander à la juridiction compétente statuant en référé, de faire cesser cette entrave sous astreinte* ».

Il reste que lorsque l'entrave est le fait du Gouvernement, la réponse relève de l'action politique plus que du contentieux administratif.

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

Article premier quater (nouveau)

Codification

(article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997)

Objet : Cet article codifie, dans un nouvel article L. 111-10 du code de la sécurité sociale, les dispositions de l'article 8 de la loi n° 96-1160 du 20 décembre 1996 portant loi de financement de la sécurité sociale pour 1997.

En vertu de ces dispositions, lorsque le Gouvernement autorise, par voie réglementaire, un régime obligatoire à dépasser le plafond d'emprunt fixé en loi de financement afin de lui permettre de faire face à une situation difficile de trésorerie, le Parlement doit en être informé, dans un délai de quinze jours, par un rapport présentant les raisons de ce dépassement.

La codification réalisée par cet article ne modifiant pas les dispositions en cause, **votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

TITRE II

-

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Art. 2

(article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

Exonération de cotisations et de contributions sociales des indemnités complémentaires de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Objet : Cet article a pour objet d'exonérer de cotisations sociales, de CSG et de CRDS, les indemnités versées, à l'initiative de l'employeur, en complément de l'indemnité de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante prévue par la loi.

L'article 41 de la *loi de financement de la sécurité sociale pour 1999* a institué une indemnité de cessation d'activité au profit des travailleurs de l'amiante.

Cette indemnité, prévue au V de l'article précité, est la contrepartie de la rupture du contrat de travail. Elle s'assimile à l'indemnité de départ à la retraite. L'article 41 précité prévoit d'ailleurs que le montant des deux indemnités est identique.

L'article 5 de la *loi de financement de la sécurité sociale pour 2001* a complété le V de l'article 41 précité et l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale afin de préciser que cette indemnité de cessation d'activité, versée par l'employeur, est exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale, de la CSG et par voie de conséquence de la CRDS.

Cette exonération était déjà prévue par l'article 3 de la *loi n° 2000-656 du 13 juillet 2000 de finances rectificative pour 2000*. L'intégration de cette disposition dans le code de la sécurité sociale répondait uniquement à un objectif de lisibilité juridique.

L'indemnité susvisée qui n'est versée qu'une fois, au départ du salarié, ne doit pas être confondue avec l'allocation de cessation anticipée

d'activité qui est versée mensuellement aux personnes concernées (Cf. commentaire de l'article 19 *bis* infra). L'allocation supporte la cotisation d'assurance maladie, la CSG et la CRDS de la même manière que les allocations de préretraite.

Cet article vise à éclaircir le régime juridique des indemnités conventionnelles de départ qui sont versées au salarié, en plus de l'indemnité légale précitée, en application d'une convention collective, d'un accord d'entreprise, du contrat de travail ou d'une décision unilatérale de l'employeur : il propose d'appliquer aux indemnités conventionnelles le même régime d'exonération des cotisations sociales que celui prévu pour l'indemnité légale.

L'Assemblée nationale a complété le dispositif en insérant à l'initiative de sa commission un paragraphe II nouveau afin de prévoir une exonération rétroactive des indemnités conventionnelles complémentaires versées depuis l'entrée en vigueur du fonds.

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

Art. 2 bis (nouveau)

Exonération de cotisations sociales pour les services prestataires d'aide à domicile

Objet : Cet article vise à exonérer de cotisations sociales les associations d'aide à domicile fonctionnant en mode « prestataire ».

I- Le dispositif proposé

Le présent article résulte d'un amendement présenté par M. Alfred Recours, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales et M. Pascal Terrasse¹, adopté contre l'avis du Gouvernement.

Il revient une nouvelle fois sur la rédaction de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, déjà profondément modifié par l'article 5 de la loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999.

¹ Bizarrement, l'objet de l'amendement est sans rapport direct avec son effet.

Ledit article L. 241-10 prévoit une exonération de cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales pour l'emploi d'une aide à domicile. A l'origine réservée aux seuls particuliers employeurs, cette exonération avait été étendue aux associations d'aide à domicile, tout d'abord sous une forme réduite (30 %), puis complète (100 %).

Mais, jusqu'à présent, cette exonération, dans le cas des associations d'aide à domicile, prestataires ou mandataires, était limitée aux cas prévus aux *b), c), d) et e)* du I de l'article L. 241-10, soit :

- les personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation spéciale ;

- les personnes titulaires soit de l'allocation compensatrice pour tierce personne, soit d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité, de la législation des accidents du travail ou d'un régime spécial de sécurité sociale ;

- les personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie et titulaires soit d'un avantage de vieillesse, soit d'une pension d'invalidité servie par un régime spécial de sécurité sociale, soit d'une pension allouée aux militaires invalides, sous réserve d'avoir dépassé un âge déterminé par décret ;

- les personnes remplissant, dans des conditions définies par décret, la condition de degré de dépendance prévue à l'article 2 de la loi n° 97-60 du 24 janvier 1997 (loi PSD) et, à partir du 1^{er} janvier 2002, des personnes remplissant la condition de perte d'autonomie prévue à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, dans des conditions définies par décret.

L'objet du présent article, par la modification du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, est d'inclure dans le champ de l'exonération les associations d'aide à domicile, employant un salarié placé auprès de personnes « *ayant atteint un âge déterminé* » (70 ans) « *et dans la limite, par foyer, et pour l'ensemble des rémunérations versées, d'un plafond de rémunération fixé par décret* ».

II - La position de votre commission

Votre rapporteur ne peut être défavorable à cet article, compte tenu de la situation financière des associations d'aide à domicile, prises à la gorge par l'application des trente-cinq heures.

Il s'étonne toutefois des propos tenus par M. Alfred Recours, précisant que « *compte tenu du mode de fonctionnement du Parlement et de l'élaboration de la loi, je propose que nous adoptions l'amendement et que nous réexaminions la question plus tard, au vu des réponses que nous aurons*

obtenues » ou de ceux de Mme Elisabeth Guigou, observant : « *Il nous faudra en tout état de cause revenir sur cette discussion* »¹.

Le « mode de fonctionnement du Parlement » a pour conséquence, si le Sénat adoptait cet article conforme, qu'il serait « en tout état de cause » impossible de revenir sur cette adoption.

En « gage » de pérennité de la mesure, le « gage » de l'article devrait ainsi être levé par le Gouvernement au Sénat. Selon le IV de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, héritage malheureux de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, cette exonération, par dérogation aux dispositions de l'article L. 131-7 du même code, reste à la charge du régime général. Son coût est évalué à 50 millions d'euros (328 millions de francs), soit 20 millions pour la CNAM-maladie, 5 millions pour la CNAM-accidents du travail, 15 millions pour la CNAVTS et 10 millions pour la CNAF.

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

Art. 3

(art. L. 311-3 du code de la sécurité sociale et L. 722-20 du code rural)

Règles d'affiliation de certains dirigeants d'associations et des présidents et des dirigeants de sociétés par actions simplifiées

Objet : Cet article tend à préciser les règles d'affiliation applicables, d'une part, à certains dirigeants d'associations régies par la loi du 10 juillet 1901 et, d'autre part, aux présidents et aux dirigeants des sociétés par actions simplifiées (SAS).

I - Le dispositif proposé

1. L'affiliation au régime général de sécurité sociale de certains dirigeants d'associations régies par la loi du 10 juillet 1901

Le second alinéa du I complète l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, qui énumère les catégories professionnelles obligatoirement affiliées au régime général de la sécurité sociale, afin d'y ajouter, dans un 22°, les dirigeants d'associations à but non lucratif régies par la loi du 10 juillet 1901.

¹ *JO Débats Assemblée nationale, 1^{ère} séance du 25 octobre 2001, p. 6581.*

Dans certains cas, la direction d'une association à but non lucratif peut s'exercer dans des conditions similaires à celles d'une activité professionnelle. Toutefois, les dirigeants concernés ne relevaient pas du régime général de la sécurité sociale, leurs indemnités ne pouvant être assimilées à des salaires selon la jurisprudence de la Cour de cassation.

Or, par ailleurs, les régimes d'assurance vieillesse des travailleurs refusaient leur affiliation, considérant que ces dirigeants d'associations ne relevaient pas de leur compétence, de même que les régimes d'assurance maladie correspondant, car l'affiliation à l'assurance maladie des travailleurs indépendants découle de l'affiliation à l'assurance vieillesse.

Afin de mettre fin à cet imbroglio, le présent article propose donc d'affilier ces dirigeants d'associations au régime général de sécurité sociale, en accord, selon son exposé des motifs, avec le Conseil national de la vie associative. Cette affiliation ne sera toutefois possible que pour les dirigeants d'associations satisfaisant aux conditions prévues au deuxième alinéa du d du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts.

La rédaction de cette dernière disposition est, par ailleurs, modifiée par l'article 4 du projet de loi de finances pour 2002. L'organisme concerné devra ainsi « être géré et administré à titre bénévole par des personnes n'ayant elles-mêmes, ou par personne interposée, aucun intérêt direct ou indirect dans les résultats de l'exploitation ». Toutefois, le caractère désintéressé de la gestion des intéressés ne sera pas remis en cause en cas de rémunération, si les statuts et les modalités de fonctionnement de l'organisme assurent « sa transparence financière, l'élection périodique et régulière de ses dirigeants, le contrôle effectif de sa gestion par ses membres et l'adéquation de la rémunération versée aux sujétions effectivement imposées aux dirigeants concernés ».

Le troisième alinéa du **II** transpose la nouvelle règle d'affiliation aux dirigeants des associations ayant un objet agricole, en complétant par un 10° rédigé en ce sens l'article L. 722-20 du code rural, à condition que ces associations satisfassent, par ailleurs, aux conditions générales précitées. Les intéressés seront ainsi affiliés au régime de protection sociale des salariés agricoles. Le coût de cette affiliation est estimé, par l'exposé des motifs de l'article, à un million d'euros (6,5 millions de francs) pour le régime agricole.

2. La définition législative des nouvelles règles d'affiliation applicables aux présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées (SAS)

Conçue comme un instrument de coopération entre sociétés par la loi n° 94-1 du 10 janvier 1994, la société par actions simplifiée ne pouvait initialement être constituée que par des sociétés dont le capital était supérieur

à 1.500.000 francs ainsi que par certains établissements publics de l'Etat et établissements de crédits.

Le législateur n'avait pas, alors, précisé le régime de protection sociale applicable au président, personne physique, d'une société par actions simplifiée, qui était le seul organe de direction imposé par la loi.

Par instruction en date du 17 mars 1995, le ministère des affaires sociales, de la santé et de la ville s'est prononcé en faveur du rattachement du président de société par actions simplifiée au régime général de sécurité sociale, au motif que cette forme sociale pouvait être assimilée à la société anonyme, dont les présidents sont affiliés au régime général.

Or, la loi n° 99-587 du 12 juillet 1999 sur l'innovation et la recherche a profondément modifié le régime juridique des sociétés par actions simplifiées, en les ouvrant aux personnes physiques et, surtout, à un associé unique.

Ainsi réformée, la société par actions simplifiée paraît promise à un bel avenir puisqu'elle permet désormais aux petites et moyennes entreprises, mais également aux personnes physiques, d'accéder à une forme sociale à la fois uni ou pluri-personnelle, par actions, à responsabilité limitée, dirigée par un président, et ce dans des conditions extrêmement souples, puisque les associés déterminent librement dans les statuts les conditions dans lesquelles la société est gérée.

Toutefois, aucune précision n'avait été apportée, à l'occasion de la réforme de 1999, quant aux règles d'affiliation applicables aux présidents et dirigeants de SAS et les URSSAF ont continué, de ce fait, d'affilier les intéressés au régime général, sur la base de l'instruction ministérielle de 1995.

Or, invoquant l'évolution récente du statut juridique de la société par actions simplifiée, le présent article prévoit, dans le troisième alinéa du **I**, que les règles d'affiliation applicables aux présidents et dirigeants de SAS seront désormais identiques à celles qui sont déjà en vigueur pour déterminer l'affiliation des gérants de société à responsabilité limitée (SARL) ou de société d'exercice libéral à responsabilité limitée, à savoir :

- les gérants majoritaires, qu'ils soient rémunérés ou non, sont affiliés au régime de sécurité sociale des travailleurs indépendants ;

- les gérants minoritaires ou égalitaires, rémunérés, relèvent du régime général (s'ils ne sont pas rémunérés, ils ne sont assujettis, pour cette fonction, à aucun régime obligatoire).

Le second alinéa du **II** de l'article transpose ces règles aux présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées dans le domaine agricole, en insérant, en ce sens, un alinéa 9° dans l'article L. 722-20 du code rural.

Toutefois, il convient toutefois de noter que, dans ce cas, tous les dirigeants concernés relèveront, qu'ils soient majoritaires ou minoritaires, de la mutualité sociale agricole.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, sur proposition de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, et avec l'accord du Gouvernement, un amendement complétant la rédaction lacunaire de l'article L. 722-20 du code rural, afin de préciser que le régime de protection sociale des salariés des professions agricoles applicable aux gérants de SARL l'est également aux présidents et aux dirigeants de sociétés par actions simplifiées.

III - La position de votre commission

L'affiliation au régime général de certains dirigeants d'associations régies par la loi du 10 janvier 1901 ne soulève pas d'objection particulière de la part de votre commission dès lors, comme le prévoit la rédaction proposée par l'article, que le caractère lucratif des organismes concernés est l'une des conditions exigées pour ouvrir droit à cette affiliation.

En ce qui concerne, par ailleurs, l'assimilation des règles d'affiliation des présidents et des dirigeants de SAS à celles déjà en vigueur pour les gérants de SARL, votre commission a parfaitement conscience des enjeux et des positions, également légitimes, en présence, à savoir :

- d'une part, les régimes de sécurité sociale des professions indépendantes, qui craignent que l'affiliation de la totalité des présidents et dirigeants de SAS au régime général n'accroisse un processus progressif de démembrement de leur champ de compétences déjà engagé, selon eux, au profit du régime général ;

- d'autre part, certains présidents ou dirigeants de SAS qui, déjà affiliés au régime général, souhaitent y demeurer car cette solution leur paraît, à titre personnel, plus avantageuse.

Tout en notant avec intérêt « l'attractivité » nouvelle du régime général de sécurité sociale des salariés auprès de certaines catégories socioprofessionnelles dont le souci d'indépendance avait, en son temps, justifié le maintien (voire la création) de régimes de sécurité sociale distincts dudit régime général, votre commission répugne à trancher entre ces deux points de vue qui lui paraissent, rappelons-le, également légitimes. Elle estime qu'il appartient au Gouvernement, qui est à l'origine de cet article 3, d'assumer ses responsabilités.

Au cours du débat en première lecture à l'Assemblée nationale, Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité a en effet indiqué que ce dispositif serait susceptible d'évoluer au cours de la navette parlementaire.

Elle reste également attentive aux amendements sénatoriaux qui pourraient être présentés à cet article.

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

Art. 3 bis (nouveau)
Création d'un contrat vendanges

Objet : Cet article, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de M. Charles de Courson, vise à pallier la pénurie de main-d'œuvre dont est victime la profession viticole en créant une nouvelle forme, spécifique et adaptée, de contrat de travail, le « contrat vendanges ».

I – Le dispositif proposé

Le **I** modifie la structure de la section première (« contrat à durée déterminée ») du chapitre II (Règles propres au contrat de travail) du titre II (« contrat de travail ») du livre 1er (« conventions relatives au travail ») du code du travail afin :

- d'une part, de regrouper dans une sous-section 1 (« Règles générales ») l'ensemble des dispositions applicables au contrat de travail à durée déterminée de droit commun ;

- d'autre part, de créer une nouvelle sous-section 2 (« Le contrat vendanges ») destinée à accueillir trois nouveaux articles relatifs à ce type particulier de contrat de travail à durée déterminée, à savoir :

- un article L. 122-3-18 définissant l'objet du contrat vendanges ;

- un article L. 122-3-19 précisant la durée de ce contrat et les conditions de son éventuel renouvellement ;

- un article L. 122-3-20 ouvrant ce type de contrat aux salariés en congés payés et aux fonctionnaires et excluant, par ailleurs, ce contrat du champ d'application de l'article L. 122-3-5 du code du travail en vertu duquel, notamment, « *une convention ou un accord collectif peut prévoir que tout employeur ayant occupé un salarié dans un emploi à caractère saisonnier doit lui proposer, sauf motif réel et sérieux, un emploi de même nature, pour la même saison de l'année suivante* ».

Le **II** complète la rédaction de l'article L. 741-16 du code rural afin de préciser que les salariés embauchés dans le cadre d'un contrat vendanges sont exonérés du paiement des cotisations salariales d'assurances sociales (le paiement des cotisations patronales étant, quant à lui, maintenu).

Le **III** dispose que la perte de recettes correspondante pour les régimes de sécurité sociale leur est compensée à due concurrence par la création d'une taxe sur le chiffre d'affaires de la Française des jeux.

II – La position de votre commission

Votre commission adhère totalement à la démarche initiée par cet article, qui permettra de résoudre utilement les difficultés rencontrées, en ce domaine, par la profession viticole.

Soucieuse de favoriser son adoption rapide et définitive par l'Assemblée et le Sénat, **vo**tre **commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

Article additionnel après l'article 3 bis

Extension du contrat vendange à l'ensemble des activités agricoles à caractère saisonnier

Objet : Cet article additionnel vise à étendre à l'ensemble des activités agricoles à caractère saisonnier le dispositif défini, à l'article 3 bis, dans le cadre du « contrat vendanges ».

Ce dispositif a pour but de remédier à la pénurie de main-d'œuvre occasionnelle à laquelle sont confrontés certains secteurs d'activité agricole, notamment l'élevage et les cultures céréalières.

Serait ainsi insérée, dans la section première (« contrat à durée déterminé ») du chapitre II (« règles propres au contrat de travail ») du titre II (« contrat de travail ») du livre 1er (« conventions relatives au travail ») du code du travail, une nouvelle sous-section 3, intitulée « Le contrat d'activité agricole saisonnière », et destinée à accueillir trois nouveaux articles, à savoir :

- un article L. 122-3-21 précisant que le contrat d'activité agricole saisonnière a pour objet les travaux agricoles de toute nature, autres que les vendanges, ayant un caractère saisonnier et nécessitant, de ce fait, le recours à une main-d'œuvre occasionnelle ;

- un article L. 122-3-22 précisant la durée de ce contrat et les conditions de son renouvellement ;

- un article L. 122-3-23 ouvrant ce contrat aux salariés en congé et les excluant, par ailleurs, du champ d'application de l'article L. 122-3-5 du code du travail en vertu duquel, notamment, « *une convention ou un accord collectif peut prévoir que tout employeur ayant occupé un salarié dans un emploi à caractère saisonnier doit lui proposer, sauf motif réel et sérieux, un emploi de même nature, pour la même saison de l'année suivante* ».

La rédaction de l'article L. 741-16 du code rural est également complétée afin de préciser, comme pour le contrat vendanges, que les salariés embauchés dans le cadre d'un contrat d'activité agricole saisonnière sont exonérés du paiement des cotisations salariales d'assurances sociales (le paiement des cotisations patronales étant, quant à lui, maintenu).

Enfin, s'agissant d'un dispositif d'exonérations de cotisations entré en vigueur après juillet 1994, la perte de recettes correspondante sera compensée aux régimes d'assurance sociales conformément aux dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire par l'Etat.

Votre commission vous propose d'insérer cet article additionnel par voie d'amendement.

Art. 3 ter (nouveau)
(art. L. 311-3 du code de la sécurité sociale,
L. 114-26 et L. 114-27 du code de la mutualité)
Statut social des élus mutualistes

Objet : Cet article, adopté par l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, vise, d'une part, à clarifier les règles d'affiliation des administrateurs des groupes mutualistes et, d'autre part, à préciser les conditions dans lesquelles ils peuvent bénéficier d'une indemnité de fonction.

I – Le dispositif proposé

Le **I** complète l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale, qui énumère les catégories socioprofessionnelles relevant du régime général des salariés afin d'y ajouter, par un alinéa 24°, les administrateurs des groupements mutualistes qui perçoivent une indemnité de fonction et qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale.

Le **II**, en modifiant la rédaction de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 114-26 du code de la mutualité, ouvre la possibilité à l'assemblée générale d'un organisme mutualiste d'accorder au président du conseil d'administration ou à des administrateurs ayant des fonctions permanentes une indemnité, que les intéressés aient cessé ou non d'exercer tout ou partie de leur activité professionnelle.

Le **II** procède à la mise à jour correspondante de l'article L. 114-27 du code de la mutualité qui précise que les indemnités versées aux administrateurs pour l'exercice de leurs fonctions sont prises en compte dans l'assiette de calcul des cotisations d'assurances sociales.

II – La position de votre commission

Votre rapporteur constate que le présent amendement clarifie les conditions dans lesquelles les élus mutualistes peuvent bénéficier d'une indemnité de fonctions ainsi que les modalités de leur affiliation au régime général de la sécurité sociale.

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

Art. 4

(art. 20-1 nouveau de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000)

Allègement de cotisations sociales patronales en faveur de l'embauche d'un premier salarié

Objet : Cet article vise à intégrer, dans le cadre général des «allègements 35 heures », le dispositif spécifique, et préexistant, d'exonérations de cotisations sociales patronales de sécurité sociale en faveur de l'embauche d'un premier salarié.

I – Le dispositif proposé

L'article réécrit les dispositions de l'article 20 de la loi n° 2000-637 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail afin de « fusionner », d'une part, le dispositif initial de cet article 20 et, d'autre part, l'ancien dispositif spécifique d'exonérations de cotisations sociales patronales en faveur de l'embauche d'un premier salarié.

Initialement défini par l'article 6 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social, ce dispositif spécifique, régulièrement prorogé depuis sa création, et plafonné au SMIC en 1998, vient à expiration au

31 décembre 2001. Etant antérieur à l'entrée en vigueur de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, selon lequel l'Etat compense à la sécurité sociale le coût des exonérations de cotisations sociales qu'il décide d'accorder, son coût n'était pas compensé à la sécurité sociale.

Le **premier alinéa** du présent article dispose que les entreprises industrielles et commerciales ayant embauché un premier salarié à compter du 1^{er} janvier 2002 pourront bénéficier, au titre de cette première embauche et des embauches supplémentaires, des allègements accordés en contrepartie de l'engagement d'une démarche de réduction du temps de travail, dès lors qu'elles respectent, par ailleurs, les conditions générales définies en ce domaine.

Le **second alinéa** définit ce qu'il faut entendre par « première embauche » et reprend, à ce sujet, la définition déjà retenue dans l'article 6 de la loi du 13 janvier 1989 précitée.

Le **premier alinéa du I** subordonne le bénéfice de l'allègement de cotisations accordé au titre de l'embauche d'un premier salarié à une nouvelle condition, à savoir une durée de travail au plus égale à trente-cinq heures hebdomadaires ou à 1.600 heures dans l'année. Par ailleurs, la durée de l'allègement n'est plus limitée dans le temps comme antérieurement (vingt-quatre mois civils à compter de la date d'embauche si le contrat est à durée indéterminée, ou pendant toute la durée du contrat, mais dans la limite de dix-huit mois, s'il est à durée déterminée).

En revanche, la seconde condition posée par cet alinéa, et relative à la conclusion d'un contrat de travail à durée indéterminée ou conclu pour une durée d'au moins douze mois, était déjà exigée dans l'article 6 de la loi du 13 janvier 1989.

Le **second alinéa du I** transforme l'exonération « premier salarié » en une majoration de l'allègement de cotisations accordée au titre de la réduction du temps de travail, calculée sur la base du SMIC .

Le **II** fixe les conditions du maintien du bénéfice de l'allègement accordé au titre de l'embauche d'un premier salarié lorsque l'employeur procède à des embauches supplémentaires et reprend, à ce sujet, les dispositions prévues dans la rédaction initiale de l'article 20 de la loi n° 2000-637 précitée, à savoir :

- la conclusion d'un accord de réduction du temps de travail dans les conditions de droit commun définies au II de l'article 19 de ladite loi ;

- ou, à défaut, la conclusion d'un accord dans les conditions du VIII du même article (en l'absence de salarié mandaté, le chef d'entreprise employant moins de 11 salariés peut élaborer un accord soumis à la consultation de ses salariés) ;

- ou, à défaut des deux solutions précédentes, fixation par le contrat de travail d'une durée du travail dans la limite de 35 heures par semaine ou 1.600 heures par an. Dans ce cas, le maintien du droit à l'allégement est toutefois subordonné à la conclusion d'un accord dans un délai d'un an suivant la deuxième embauche.

Le **III** précise les délais impartis à l'employeur pour procéder à la déclaration correspondante, ainsi que la date d'effet de l'allégement à compter de la réception de cette déclaration par les organismes compétents.

Le **IV** limite le bénéfice de l'allégement « premier salarié » aux embauches réalisées entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2003. Comme le dispositif spécifique auquel il succède, cet allégement présente donc un caractère temporaire. A l'occasion de son audition par la commission des Affaires sociales du Sénat, Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité a toutefois précisé qu'il appartiendrait au Parlement, le cas échéant, d'en décider la prolongation.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, avec l'accord du Gouvernement, un amendement présenté par M. Terrier qui, réécrivant entièrement l'article 4, « fusionne » les exonérations « premier salarié » avec les « allégements 35 heures ». Le dispositif résultant de cet amendement est exposé ci-dessus.

Par ailleurs, l'Assemblée nationale a également adopté, avec l'accord du Gouvernement, deux sous-amendements de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales définissant, d'une part, la « première embauche » ouvrant droit à l'allégement et, d'autre part, précisant que le fait générateur du droit à l'allégement est bien l'embauche d'un premier salarié à compter du 1^{er} janvier 2002.

III – La position de votre commission

Votre commission estime que l'intégration du dispositif spécifique d'exonération de cotisations en faveur de l'embauche d'un premier salarié dans le cadre général des allégements « 35 heures » présente deux inconvénients principaux, à savoir :

- d'une part, et surtout, elle contraint les nouvelles entreprises, dès l'embauche d'un premier salarié, à organiser le temps de travail de celui-ci sur la base de 35 heures, c'est-à-dire les oblige pratiquement, dans les faits, à procéder à une embauche supplémentaire. Or, une telle contrainte paraît totalement irréaliste pour les petites entreprises, ou pour les nouvelles entreprises, et dont le volume d'activité ne nécessite pas nécessairement l'embauche de plus d'un salarié ;

- d'autre part, l'allégement correspondant, dont le coût serait désormais supporté par le FOREC, aurait un caractère provisoire, puisque ce dispositif ne serait applicable qu'aux premières embauches réalisées entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2003.

Votre commission estime donc préférable de donner un caractère véritablement incitatif et stable au dispositif d'exonération en faveur de l'embauche d'un premier salarié :

- en le maintenant hors du champ des « allégements 35 heures » ;
- et en le définissant sous la forme d'un nouveau dispositif spécifique et permanent à compter du 1^{er} janvier 2002.

Ainsi, la perte de recettes correspondante sera compensée aux régimes de sécurité sociale, non par le FOREC, mais par l'Etat, conformément aux dispositions de l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

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

Art. 4 bis (nouveau)
(art. L. 133-1, L. 135-3 et L. 136-6 du code de la sécurité sociale,
art. L. 641 et 1647 du code général des impôts
et 8 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996)
Frais d'assiette et de recouvrement de la CSG et de la CRDS

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

I - Le dispositif proposé

Le **I** vise à supprimer la retenue pour frais d'assiette et de perception perçue, par les services fiscaux, sur le produit de la CSG sur les revenus du patrimoine versée à la CNAMTS, à la CNAF et au FSV. Le taux de cette retenue est de 0,5 %.

Le **II** tend à exonérer les organismes de sécurité sociale et leurs fonds de financement des frais de dégrèvements et de non-valeur perçus par l'Etat, au taux de 3,6 %, sur les prélèvements sociaux effectués sur les revenus du patrimoine (CSG, CRDS et prélèvement social de 2 %).

Le **III** vise à supprimer l'article L.133-1 du code de la sécurité sociale (frais de perception pour les cotisations recouvrées par le Trésor public), l'article L. 135-5 du code de la sécurité sociale (frais d'assiette et de recouvrement des impôts et taxes affectés au fonds de solidarité vieillesse), le paragraphe III de l'article 1647 du code général des impôts, qui pose le principe général instituant ces frais d'assiette et de recouvrement sur les recettes des organismes de sécurité sociale perçues par les services fiscaux, et l'article 8 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 (frais d'assiette et de recouvrement de la CRDS acquittés par la CADES).

Le **IV** compense à l'Etat la perte de recettes correspondante en majorant, à due concurrence, la taxe sur la valeur ajoutée.

II - La position de votre commission

Cet article apparaît désormais de manière rituelle à l'occasion de l'examen de chaque projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il s'agit de l'amendement « fermier général » visant à supprimer les frais d'assiette et de recouvrement perçus par les services fiscaux en matière de fiscalité affectée à la sécurité sociale et, notamment, la CSG et la CRDS sur les revenus du patrimoine.

A plusieurs reprises, un article similaire a été adopté par l'Assemblée nationale et le Sénat en loi de financement de la sécurité sociale. Par trois fois, en 1999, 2000 et 2001, le ministère des Finances a obtenu sa suppression en loi de finances rectificative.

Dans son rapport sur la sécurité sociale de septembre 2001, la Cour des comptes a examiné de près la question de la facturation des coûts de gestion entre l'Etat et la sécurité sociale. Elle a ainsi constaté une très grande disparité des bases juridiques de ces frais d'assiette, une « relation ténue » entre les frais facturés et les coûts réellement supportés dont il est, par ailleurs difficile d'avoir une connaissance précise. La Cour recommande donc de revoir le système dans son ensemble, qu'il s'agisse, d'une part, des frais d'assiette et de recouvrement prélevés par l'Etat, objet du présent article, et, d'autre part, des frais de gestion perçus par la sécurité sociale au titre des prestations servies ou gérées pour le compte de l'Etat.

A l'évidence, il est temps, désormais, d'ouvrir ce vaste chantier.

En toute hypothèse, le présent article fournira, à nouveau, l'occasion de saisir le Gouvernement de ce problème.

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

Art. 5

(art. L. 131-9, L. 131-10 et L. 135-1 du code de la sécurité sociale)

Organisation et comptabilité du FOREC

Objet : Cet article procède à divers aménagements du régime juridique et comptable du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), en vue de son fonctionnement effectif.

I - Le dispositif proposé

Bien que créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, le FOREC n'a pas, en l'absence de la publication des textes réglementaires d'application, été jusqu'à présent officiellement constitué. De ce fait, et conformément aux dispositions transitoires prévues à l'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale précitée, les recettes fiscales affectées au FOREC ont été versées à l'ACOSS qui les a enregistrées dans des comptes spécifiques.

Le I dispose que les recettes fiscales encaissées, au titre du FOREC, par l'agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) à compter du 1^{er} janvier 2001 sont transférées au fonds et comptabilisées par cet établissement public sur l'exercice 2001.

Ainsi, le FOREC existera, en termes comptables, dès le début de 2001, même si, dans les faits, il ne sera effectivement créé qu'en fin d'année (le décret nécessaire à cette création ayant été récemment publié au Journal officiel).

Il convient de souligner que la rédaction du I mentionne la comptabilisation, au titre de l'exercice 2001, de toutes les recettes « effectivement encaissées » par le FOREC à compter du 1^{er} janvier. On en déduit donc que la comptabilité du FOREC sera, pour la présente année, encore établie en encaissements-décaissements, et non en droits constatés. Cette rédaction permet ainsi d'imputer à l'exercice 2001 le produit supplémentaire résultant de l'accélération des circuits de remontées financières des recettes recouvrées par les Douanes, notamment au titre de la taxe générale sur les activités polluantes. Or, en droits constatés, ce versement de décembre 2001 correspondrait, en fait, au mois de janvier 2002. La rédaction proposée au I contribue ainsi à définir les conditions de l'équilibre financier du FOREC pour l'exercice 2001.

Le **II** donne, dans son premier alinéa, une base légale à la répartition des recettes comptabilisées par l'ACOSS au titre du FOREC pour l'année 2000. En effet, et toujours en raison de l'absence de création effective de ce fonds, cette répartition avait été effectuée par l'ACOSS entre les régimes de sécurité sociale bénéficiaires sur la base d'une lettre du 22 février 2001 du ministre de l'économie, des finances et de l'industrie et du ministre de l'emploi et de la solidarité. Or, cette instruction ministérielle manquait manifestement de base légale. Le premier alinéa du II « régularise » donc la répartition ainsi effectuée, au prorata des exonérations de cotisations à la charge de chacun des régimes concernés, et dans la limite des ressources comptabilisées au titre du FOREC en 2000, soit 59 milliards de francs.

Cette répartition donne les résultats suivants :

- CNAMTS (maladie) : 24 milliards de francs ;
- CNAMTS (accidents du travail) : 4,3 milliards de francs ;
- CNAVTS : 17,4 milliards de francs ;
- CNAF : 10,1 milliards de francs ;
- Régime des salariés agricoles : 3,2 milliards de francs.

Toutefois, les recettes du FOREC pour 2000 ne couvrent pas l'intégralité des exonérations de cotisations qui sont à sa charge, comme l'illustre le tableau ci-dessous :

Comptes du FOREC pour 2000
(en droits constatés)

(en millions de francs)

<u>Recettes</u>	
- Droits de consommation sur alcools	5 541
- Versement FSV alcool (LFSS 2001)	5 400
- Droits de consommation sur tabac	38 443
- Taxe générale sur les activités polluantes	2 599
- Contribution sociale sur les bénéfices des sociétés	2 769
- Contribution de l'Etat	4 300
<u>Total recettes</u>	59 052
<u>Dépenses</u>	
- Ristourne 39 heures	36 437
- Aubry I	15 146
- Aubry II + majorations	23 594
<u>Total dépenses</u>	75 177
<u>Solde</u>	- 16 125

Le « déficit » ainsi constaté représente une dette du FOREC à l'égard des régimes de sécurité sociale, pour un montant total de 16,1 milliards de francs (dont 15 milliards à l'égard du seul régime général).

Par dérogation aux dispositions de l'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, qui prévoit l'équilibre financier du FOREC et, à défaut, la mise en jeu de l'article L. 137-1 du code de la sécurité sociale¹, le second alinéa du II propose :

- d'une part, d'annuler la dette du FOREC ;

- et, d'autre part, d'imputer la perte correspondante des régimes de sécurité sociale sur leurs comptes de l'exercice 2000, ceux-ci étant « modifiés pour tenir compte de cette annulation ».

Il convient de noter que les comptes 2000 des régimes de sécurité sociale étant déjà clos et approuvés par les autorités de tutelle, la commission des comptes de la sécurité sociale avait, dans son rapport de septembre 2001, imputé l'annulation de la créance du FOREC sur les comptes des régimes de sécurité sociale de l'exercice 2001.

Selon l'exposé des motifs de l'article², « pour tenir compte de l'analyse de la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale (...) il est proposé de procéder à cette annulation de créance dans les comptes de l'exercice 2000 »

Dans une note adressée le 7 novembre au président de votre commission³, la Cour dément formellement cette interprétation :

« Les dispositions contenues dans l'article 5 du projet de loi ne peuvent être considérées comme reflétant la position de la Cour. Celle-ci estime que les écritures comptables visant à annuler la créance inscrite dans les comptes 2000 des régimes de sécurité sociale au titre des montants d' s de charges non compensés par les réaffectations de recettes reçues par le FOREC devraient être passées en 2001 sans modification des comptes adoptés par les conseils d'administration de l'ACOSS et des caisses nationales ».

Pour le seul régime général, qui est son principal créancier, l'annulation de la créance du FOREC fera passer ses comptes de l'année 2000 d'un excédent constaté de 4,3 milliards de francs à un déficit de - 10,7 milliards de francs.

Le **III** transcrit en droits constatés les règles comptables du fonds, en mentionnant « charges » et « produits » en lieu et place de « dépenses » et

¹ En vertu de cet article, l'Etat compense intégralement à la sécurité sociale les pertes de recettes résultant des exonérations de cotisations mises en œuvre à compter de juillet 1994.

² Projet de loi AN n° 3707.

³ Voir annexe du tome I du présent rapport.

« recettes » dans les diverses dispositions du code de la sécurité sociale relatives au FOREC. Il convient de souligner que l'entrée en vigueur de cette transcription en droits constatés, prévue pour le 1er janvier 2001 (V de l'article) paraît quelque peu contradictoire avec la rédaction du I de l'article, qui prévoit, pour l'exercice 2001, l'enregistrement des recettes « effectivement encaissées » par le fonds.

Le IV confie la gestion du FOREC au Fonds de solidarité vieillesse (FSV), comme cela est déjà prévu pour le Fonds de financement de l'aide personnalisée à l'autonomie.

Le V fixe la date d'entrée en vigueur du III et du IV de l'article au 1^{er} janvier 2001.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, sur proposition de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, un amendement de coordination, et visant à transcrire en droits constatés certaines dispositions du code de la sécurité sociale relatives au FOREC.

III - La position de votre commission

Votre commission constate que, comme elle l'avait craint, la création tardive du FOREC (soit près de deux ans après l'adoption des dispositions législatives correspondantes !) n'intervient qu'à partir du moment où la contribution de la sécurité sociale au financement de son déficit est devenue une triste réalité. Elle s'inquiète des conséquences de cette mise à contribution tant pour l'équilibre financier des régimes concernés qu'en ce qui concerne l'avenir du paritarisme.

Plus particulièrement, votre commission relève que l'annulation de la dette du FOREC à l'égard des régimes de sécurité sociale est contraire aux engagements pris par le Gouvernement et réitérés, notamment, par Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité devant la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin dernier, selon lesquels le FOREC serait financièrement « neutre » pour les régimes de sécurité sociale.

Par ailleurs, l'annulation de cette dette compromet gravement l'équilibre financier du régime général pour l'exercice 2000, puisqu'il passerait ainsi, en droits constatés, d'un excédent de + 4,3 milliards de francs à un déficit de -10,7 milliards de francs.

Enfin, la modification rétroactive, par cette disposition de l'article 5, des comptes de l'exercice 2000 du régime général, qui sont clos et approuvés depuis l'été dernier, constitue une dérogation grave à tous les principes admis de la comptabilité. Elle ouvre également, selon les termes mêmes du secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, «la porte à l'arbitraire ».

Pour ces raisons, votre commission estime indispensable de supprimer la disposition visant à annuler la dette du FOREC à l'égard des régimes de sécurité sociale pour l'année 2000.

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

Art. 6

(art. L. 131-10, L. 135-3, L. 137-1, L. 137-6 à L. 137-9 nouveau, L. 241-1 et L. 241-2 du code de la sécurité sociale, art. L. 213-1 et L. 213-2 du code des assurances, article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001)

Produits du FOREC

Objet : Cet article vise à définir les recettes supplémentaires nécessaires à l'équilibre financier du fonds de financement de la réforme des cotisations sociales patronales (FOREC) en 2001 et 2002.

I – Le dispositif proposé

Dans son rapport de septembre 2001, la Commission des comptes de la sécurité sociale a évalué le déficit prévisionnel du FOREC à -5,6 milliards de francs en 2001 et à -18,1 milliards de francs en 2002.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 ayant posé le principe de l'équilibre financier du FOREC, le présent article a pour objet de lui fournir les recettes supplémentaires nécessaires à cet équilibre en 2001 et 2002.

Le **I** procède à l'augmentation de la fraction du produit de la taxe sur les conventions d'assurance affectée au FOREC (le produit de cette taxe, visée à l'article 991 du code général des impôts, étant partagé entre le FOREC et l'Etat) selon les modalités suivantes :

En 2001 : la fraction affectée au FOREC est fixée rétroactivement à 24,7 % du produit total de la taxe (B). En conséquence, le B du VII de l'article 16 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 portant loi de financement de la sécurité sociale, qui avait initialement fixé cette fraction à 14,1 %, est abrogé (A). Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixera la date et le montant du reversement par l'Etat, au FOREC, des sommes perçues à ce titre au cours de l'exercice 2001 (C).

En 2002 : la fraction de la taxe sur les conventions d'assurances affectée au FOREC est fixée à 30,56 % (D).

Selon l'exposé des motifs de cet article, la recette totale correspondante devrait atteindre 7,3 milliards de francs en 2001 et 9,3 milliards de francs en 2002.

Le **II** transfère au FOREC, à compter du 1^{er} janvier 2002, la totalité du produit de la contribution sur les contrats d'assurance en matière de circulation des véhicules terrestres à moteurs, auparavant affectée à la CNAMTS (D).

En conséquence, le B supprime la précédente affectation de cette contribution à la CNAMTS.

Le C précise que ce transfert s'applique aux primes ou aux cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises à compter du 1^{er} janvier 2002.

Enfin, le A opère la transformation de la nature juridique de ce prélèvement, résultant de son changement d'affectation. Initialement créé en 1967 afin de faire contribuer les automobilistes au coût, pour l'assurance maladie, des accidents de la circulation, ce prélèvement n'était, jusqu'à présent, dû que par les personnes physiques ou morales qui, soit en qualité d'employeur, soit en qualité d'assuré social, cotisent à un régime obligatoire d'assurance maladie, bénéficient d'un tel régime en qualité d'ayant droit d'assuré, ou acquittent la CSG. Ce prélèvement était donc assimilé à une cotisation sociale et le législateur avait autorisé la fixation de son taux par voie réglementaire.

Or, le transfert du produit de ce prélèvement au FOREC n'autorise plus son assimilation à une cotisation sociale, mais rend nécessaire de la redéfinir, par voie législative, comme une taxe, et d'en tirer toutes les conséquences en ce qui concerne la compétence du législateur pour en déterminer le taux et les modalités de recouvrement.

Les redevables ne seraient plus ainsi définis par leur affiliation à l'assurance maladie. Le taux de la contribution reste, en revanche, fixé à 15 % du montant des primes ou cotisations dues au titre de l'assurance obligatoire

des véhicules terrestres à moteur. La contribution est toujours perçue par les entreprises d'assurance qui doivent la reverser à l'ACOSS (agence centrale des organismes de sécurité sociale) tous les deux mois. Une procédure spécifique est prévue pour les entreprises étrangères, qui doivent désigner un représentant résidant en France comme correspondant fiscal responsable du recouvrement.

Ces dispositions ne figurent plus dans le code des assurances, mais dans le code de la sécurité sociale. Tel est l'objet des articles L. 137-6 à L. 137-9 nouveaux du code de la sécurité sociale créés par le A du II, qui réorganise également, en conséquence, la structure du chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale intitulé : « Recettes diverses ».

Le **III** transfère rétroactivement au FOREC, à compter du 1^{er} janvier 2001, la totalité des droits indirects sur les alcools visés à l'article 403 du code général des impôts. Ces droits étaient, jusqu'à présent, répartis entre le FOREC (55 %) et la CNAMTS (45 %).

Le A modifie, en conséquence, la rédaction de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale qui énumère les ressources du FOREC, celui-ci bénéficiant ainsi de 100 % des droits indirects sur les alcools.

Le B supprime, parallèlement, l'affectation à la CNAMTS de 45 % du produit de ces droits, visée au huitième alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale.

Le C précise que ces nouvelles dispositions s'appliquent rétroactivement à compter du 1^{er} janvier 2001 et le D dispose qu'un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixera la date et le montant du reversement au FOREC, par la CNAMTS, des sommes perçues au titre des droits indirects sur les alcools au cours de l'exercice 2001.

Selon l'exposé des motifs de l'article, la perte de recettes correspondante pour la CNAMTS (et le gain pour le FOREC) est évaluée à 5,9 milliards de francs en 2001 et 5,8 milliards de francs en 2002.

Le **IV** opère, à compter du 1^{er} janvier 2002, la rétrocession à la CNAMTS d'une partie des droits de consommation sur les tabacs affectés au FOREC.

Dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, la répartition de ces droits avait été fixée de la manière suivante : 2,61 % au profit de la CNAMTS (contre 16 % en 2000), 97 % au profit du FOREC (contre 77,7 % en 2000, l'Etat ayant par ailleurs cédé au FOREC, à cette occasion, les 5,9 % de droits dont il était encore bénéficiaire) et 0,39 % pour le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Le A du paragraphe IV diminue de 97 % à 90,77 % la fraction de ces droits affectée au FOREC, en modifiant en ce sens l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale qui énumère ses ressources.

En sens contraire, le B augmente de 2,61 % à 8,84 % le pourcentage des droits de consommation sur les tabacs affecté à la CNAMTS, en modifiant également l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale qui définit les ressources de l'assurance maladie.

Le C précise que ce versement interviendra à compter du 1^{er} janvier 2002. Son montant est évalué à 3,6 milliards de francs en 2002.

Le V affecte, en recette nouvelle du FOREC, la totalité du produit de la taxe sur les contributions des employeurs au bénéfice de leurs salariés pour les prestations complémentaires de prévoyance, taxe qui a été instituée, en 1996, au profit du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Son produit est évalué à 2,9 milliards de francs en 2002.

Le A modifie en conséquence la rédaction de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale pour ajouter cette taxe parmi les ressources du FOREC.

Le B supprime, parallèlement, la disposition prévoyant l'affectation du produit de cette taxe au FSV (3^o de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale).

Le C modifie, en outre, la rédaction de l'article L. 137-1 du même code instituant ladite taxe, afin d'en affecter le produit au FOREC, et non plus au FSV.

Le D dispose que cette nouvelle affectation entrera en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2002.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Sur proposition de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, l'Assemblée nationale a adopté, en première lecture, un amendement rédactionnel et trois amendements de précision qui ne modifient pas, sur le fond, le dispositif de l'article.

III – La position de votre commission

Votre commission constate, une fois de plus, que l'augmentation incontrôlée des dépenses du FOREC nécessite, chaque année, de lui affecter des recettes supplémentaires dont certaines sont « confisquées » à la sécurité sociale.

Elle s'interroge sur la cohérence de ce dispositif qui aboutit, par exemple, à priver à nouveau de recettes fiscales l'assurance maladie qui est déjà la branche du régime général la plus déficitaire.

Elle s'inquiète du fait que les circuits de financement instables et opaques ainsi mis en œuvre pour « alimenter » le FOREC fragilisent de plus en plus les fondations financières de la sécurité sociale.

Compte tenu, d'une part, de l'irréalisme des hypothèses, notamment économiques, qui servent de base au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et, d'autre part, de la perte considérable de recettes qu'a entraînée, pour le régime général et le fonds de solidarité vieillesse, la création du FOREC, il lui apparaît donc indispensable de rétablir la vérité des comptes sociaux, en neutralisant les circuits, directs ou indirects, de financement de ce fonds.

Votre commission vous propose donc :

- de rétablir la répartition du produit du prélèvement social de 2 % sur la base existant avant la création du FOREC, à savoir 28 % à la CNAMTS, 50 % à la CNAVTS et 22 % à la CNAF ;

- de restituer à la CNAMTS et au FSV la totalité du produit des droits sur les alcools et sur le tabac qui leur ont été « confisqués » au profit du FOREC ;

- d'annuler le transfert de CSG effectué en 2001 du FSV vers la CNAMTS, afin de compenser, à cette dernière, la perte de ses « droits tabac » au profit du FOREC ;

- d'annuler également le transfert, du FSV vers la CNAF, du coût des majorations de pensions pour enfants.

L'ensemble de ces dispositions entreraient en vigueur au 1^{er} janvier 2001, et non au 1^{er} janvier 2000, date de constitution du FOREC, puisque votre commission s'interdit, à la différence du Gouvernement, de procéder à la modification rétroactive d'un exercice clos.

Par ailleurs, ce nouveau dispositif, en se substituant à la rédaction actuelle de l'article 6, annule d'autres transferts de recettes prévus en faveur du FOREC en 2002 et, notamment, la perte, par le FSV, de la taxe sur les contributions des employeurs à la prévoyance complémentaire de leurs salariés

et le transfert, de la CNAMTS vers le FOREC, du produit de la taxe sur les véhicules à moteur.

Par coordination, votre commission vous proposera également de supprimer les articles 25 (augmentation de la fraction des majorations de pensions pour enfants à la charge de la CNAF) et 28 (modification de la répartition du produit du prélèvement social de 2 % entre la CNAMTS et le F2R) du présent projet de loi.

Enfin, s'agissant du transfert, de l'Etat vers la CNAF, de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire réalisée en 2000 et 2001, et qui a permis à l'Etat de compenser la perte d'une partie de ses recettes fiscales transférées au FOREC, il convient de rappeler que cette opération ne résulte pas d'une disposition juridique précise, mais qu'elle s'est simplement traduite par une diminution des crédits prévus, à ce titre, au budget de l'Etat. En conséquence, pour annuler ce transfert de charge, votre commission vous proposera donc de majorer à due concurrence les recettes de la CNAF dans l'agrégat correspondant de la loi de financement.

Votre rapporteur expose en détail les résultats chiffrés de cette « opération vérité » des comptes sociaux dans son exposé général¹.

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

Art. 6 bis (nouveau)
(art. 572 et 575 A du code général des impôts)
Augmentation des minima de perception sur les tabacs

Objet : Cet article vise à augmenter, en 2002, les recettes du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) en relevant les minima de perception des droits de consommation sur les tabacs, dont le produit lui est, pour l'essentiel, affecté.

I – Le dispositif proposé

Le présent article, introduit par l'Assemblée nationale sur proposition de sa commission des affaires culturelles, familiales et sociales, avec l'accord du Gouvernement, relève, à compter de l'exercice 2002, les minima de perception applicables aux droits de consommation sur les tabacs.

¹ Cf. Tome I du présent rapport.

1. La fiscalité sur les tabacs

La fiscalité sur les tabacs se décompose de la manière suivante :

a) La taxe à la valeur ajoutée (TVA), appliquée au taux normal de 19,6 % (également appelé taux « en dehors »), qui est assise sur le prix de vente au détail (*art. 298 quaterdecies à 298 sexdecies du code général des impôts*). La TVA est égale à 16,388 % du prix de vente du paquet de cigarettes (taux « en dedans »). La TVA sur les tabacs rapporte à l'Etat 15 milliards de francs par an.

b) La taxe perçue au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles (BAPSA), au taux de 0,74 % (taux « en dehors »), qui est soumise à la TVA (*art. 1609 unvicies du code général des impôts*). Elle est égale à 0,6142 % du prix de vente (taux « en dedans ») et rapporte un peu moins de 500 millions de francs par an.

c) Le droit de consommation sur les tabacs (*art. 575 et 575 E bis du code général des impôts*) qui est la principale taxe sur les tabacs, et dont le produit s'élève à 52 milliards de francs par an.

Ce droit de consommation, dont le taux normal est de 58,99 % pour les cigarettes blondes, est inclus dans l'assiette servant au calcul de la TVA et de la taxe BAPSA. Il est constitué de deux éléments, à savoir :

- une part spécifique (ou fixe) par unité de produit, qui est égale à 5 % de la charge fiscale totale (droit de consommation + TVA + taxe BAPSA) afférente aux cigarettes de la « classe de prix la plus demandée » ;

- une part proportionnelle au prix de détail, qui est égale à 95 % de la charge fiscale totale pour les cigarettes de la classe de prix la plus demandée (droit de consommation – part spécifique).

Pour les produits autres que ceux de la classe de prix la plus demandée, la part spécifique est identique à celle calculée pour la classe de prix la plus vendue, et la part proportionnelle est calculée en appliquant le taux de base au prix de vente au détail.

En outre, et conformément aux termes des deux derniers alinéas de l'article 575 du code général des impôts, le montant du droit de consommation sur les tabacs ne peut être inférieur à un minimum de perception fixé par 1.000 unités ou par 1.000 grammes. Ce minimum de perception vise, d'une part, à instaurer une « sur-fiscalisation » des cigarettes vendues à bas prix et, d'autre part, à garantir les recettes perçues par l'Etat.

Le tableau ci-dessous récapitule les taux normaux du droit de consommation sur les tabacs, et les minima de perception, applicables par groupes de produits :

Groupes de produits	Taux normal du droit de consommation A compter du 1^{er} avril 2000	Minimum de perception par 1000 unités ou 1000 grammes A compter du 1^{er} janvier 2001
Cigarettes blondes	58,99 %	540 F
Cigarettes brunes	58,99 %	510 F
Cigares.	29,55 %	330 F
Tabacs fine coupe destinés à rouler les cigarettes	51,69 %	270 F
Autres tabacs à fumer	47,43 %	
Tabacs à priser	40,89 %	
Tabacs à mâcher.	28,16 %	

2. Le relèvement de 9 % des minima de perception du droit de consommation sur les tabacs

Le présent article 6 bis propose de relever de 9 % les minima de perception applicables au titre du droit de consommation sur les tabacs.

Le paragraphe I-A modifie, en conséquence, l'article 575 du code général des impôts. Son alinéa 1^o) augmente ainsi de 540 à 590,36 francs (90 euros) le minimum de perception applicable aux cigarettes blondes, et de 510 à 570,68 francs (87 euros) celui applicable aux cigarettes brunes. L'alinéa 2^o) fixe ce minimum de perception à 45 euros (295,18 francs) pour les tabacs de fine coupe destinés à rouler les cigarettes et les autres tabacs à fumer, et à 55 euros (360,78 francs) pour les cigares.

Le paragraphe I-B abroge la disposition prévue au troisième alinéa de l'article 572 du code général des impôts, qui deviendra obsolète en raison de la disparition du franc, et selon laquelle « *le prix de l'unité de conditionnement est arrondi à la dizaine de centimes supérieure* ».

Le III dispose que ces nouveaux minima de perception seront applicables à compter du 7 janvier 2002, afin de laisser le temps aux débiteurs de tabacs de procéder aux mises à jour nécessaires dans le contexte particulier, en début d'année 2002, du passage à l'euro.

3. Le FOREC est le principal bénéficiaire de l'augmentation du droit de consommation sur les tabacs.

Depuis l'exercice 2001, la quasi-totalité (97 %) du produit du droit de consommation sur les tabacs défini aux articles 575 à 575 E bis du code général des impôts est affectée au FOREC, le solde se répartissant entre la

CNAMTS (2,61 %) et le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (0,39 %).

Toutefois, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 prévoit, dans son article 6, la rétrocession, au profit de la CNAMTS, d'une fraction de ce produit (dont le montant est évalué à 3,6 milliards de francs). La nouvelle répartition du produit du droit de consommation sur les tabacs s'établirait ainsi en 2002 : 90,77 % pour le FOREC, 8,84 % pour la CNAMTS et 0,39 % pour le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Le FOREC reste ainsi le principal bénéficiaire de l'augmentation des minima de perception du droit de consommation sur les tabacs prévue au présent article.

II – La position de votre commission

L'augmentation des minima de perception du droit de consommation sur les tabacs, présentée comme une mesure destinée à renforcer la lutte contre le tabagisme, a pour véritable objet d'augmenter, pour 2002, les recettes du FOREC dont le déficit prévisionnel devrait s'établir, selon la commission des comptes de la sécurité sociale, à 18,1 milliards de francs.

Cette augmentation avait d'ailleurs été annoncée par le Gouvernement, et prise en compte dans le projet de loi initial de financement de la sécurité sociale pour 2002, avant même qu'une disposition juridique ne l'autorise explicitement, que ce soit dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale ou dans le projet de loi de finances. A l'occasion de son audition du 30 octobre dernier, madame la ministre de l'emploi et de la solidarité a d'ailleurs convenu de cette inscription, par anticipation, de la recette supplémentaire correspondante au compte du FOREC. Un amendement présenté par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, dont est issu le présent article 6 bis, a, finalement, mis le droit en conformité avec les comptes présentés par le Gouvernement dès la fin du moins de septembre dernier...

Sur le fond, votre commission vous propose de ne pas remettre en cause l'augmentation des minima de perception prévue par cet article.

En effet, votre commission vous a déjà proposé, à l'article 6, de rendre à l'assurance maladie (CNAMTS) et au fonds de solidarité vieillesse (FSV) l'ensemble des recettes fiscales qui leur ont été « confisquées » au profit du FOREC, dont une fraction du droit de consommation sur les tabacs.

Or, dès lors que l'on restitue à la CNAMTS et au FSV cette fraction du droit de consommation sur les tabacs, l'augmentation de ses minima de perception entraînera, mécaniquement, une augmentation de leurs recettes et confortera, ainsi, la démarche initiée par votre commission afin de donner à la

sécurité sociale les moyens financiers qui lui sont désormais nécessaires pour faire face à un avenir incertain.

Votre commission vous propose seulement, sur cet article, un aménagement de caractère technique, visant à fixer à 60 euros, et non à 45 comme prévu par la rédaction initiale de l'article, le minimum de perception applicable aux tabacs de fine coupe destinés à rouler les cigarettes. En effet, le tabac à rouler est particulièrement prisé par les jeunes, en raison de son prix bon marché. Afin de lutter efficacement contre le tabagisme des jeunes, il apparaît donc nécessaire de rapprocher le minimum de perception applicable au tabac à rouler de celui des cigarettes blondes, que l'article 6 bis fixe à 90 euros.

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

Art. 7

(art. L. 241-6-2 et L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale)

Charges du FOREC

Objet : Cet article prévoit, pour l'essentiel, des majorations spécifiques des allègements de cotisations sociales patronales accordées en contrepartie de la réduction du temps de travail, et qui seront, de ce fait, à la charge du FOREC.

I – Le dispositif proposé

Le I prévoit une majoration de l'allègement lié aux 35 heures pour les entreprises de transport routier de marchandises.

L'article 14 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu, pour certaines catégories de salariés relevant de dispositions spécifiques en matière de durée maximale du travail la possibilité d'adapter la formule de calcul de l'allègement lié aux 35 heures afin de tenir compte du salaire minimum de référence correspondant à cette durée maximale. Cette adaptation concerne les conducteurs « longue distance » des entreprises de transport routier de marchandises.

Afin d'encourager la réduction du temps de travail dans cette profession, il est proposé de créer une majoration de cet allègement au bénéfice des entreprises qui réduisent les temps de service de leurs personnels « longue distance » et « courte distance » au plus soit à 35 heures hebdomadaires, soit à 1.600 heures sur l'année. Le montant de cette

majoration, qui sera fixée par décret, devrait être de 556,74 euros par salarié à temps plein, et par an. La dépense correspondante sera imputée au FOREC.

Il convient de noter que cette adaptation a été anticipée par une circulaire du 19 juillet 2000 relative aux entreprises de transport routier de marchandises.

Le **II** modifie le deuxième alinéa de l'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale afin de définir une majoration de l'allégement lié aux 35 heures pour les entreprises situées en zone de « redynamisation urbaine ».

Les entreprises situées dans les 416 zones de « redynamisation urbaine » (ZRU) bénéficient actuellement d'une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale dans la limite de la fraction de la rémunération égale à 150 % du SMIC pendant les 12 mois qui suivent la date d'effet d'une embauche ayant pour effet d'accroître l'effectif employé.

Or, dans ce cas, l'allégement lié aux 35 heures, bien que pérenne, s'avère moins favorable que l'exonération applicable aux ZRU en raison de sa dégressivité.

Il est donc proposé de créer une majoration de cet allégement lié aux 35 heures, sur le modèle retenu pour les entreprises similaires situées en zone de revitalisation rurale afin, d'une part, d'inciter au passage aux 35 heures et, d'autre part, de permettre aux ZRU de demeurer attractive.

Cette majoration d'appliquera également aux entreprises situées dans les « zones franches urbaines » (ZFU) dans la mesure où le périmètre des ZRU englobe celui des ZFU.

Le montant de cette majoration, fixé par décret, devrait être de 214 euros par salarié à temps plein et par an. La dépense correspondante sera imputée au FOREC.

Le **III** vise à réparer une omission de l'actuelle rédaction de l'article L. 241-6-2 du code de la sécurité sociale issue de l'article 120 de la loi de finances pour 2001.

Cet article a supprimé l'exonération de cotisations d'allocations familiales dont bénéficient pour leurs salariés les employeurs du régime général situés en ZRU compte tenu des allègements et majorations liés à la réduction du temps de travail dont ils bénéficient.

L'exonération a, en revanche, été maintenue pour l'ensemble des exploitants agricoles, à l'exception de ceux assujettis au régime agricole sur la base du temps de travail (et non de la surface minimum d'installation).

Il est donc proposé de réintégrer cette dernière catégorie dans le dispositif d'exonération de cotisations d'allocations familiales.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement visant à préciser que la majoration appliquée aux entreprises de transport routier de marchandises est subordonnée à la fixation de la durée des temps de service de leurs personnels à au plus 35 heures hebdomadaires par un accord collectif, sur le modèle retenu pour la majoration dont bénéficient les entreprises appliquant une durée collective de 35 heures.

III - La position de votre commission

Une fois de plus, votre commission constate les difficultés suscitées par l'application, brutale et uniforme, de la réduction du temps de travail à un ensemble de secteurs d'activités économiques dont chacun a ses contraintes et ses spécificités propres. Les adaptations nécessaires se traduisent, inévitablement, par la définition de dispositifs juridiques complexes.

Votre commission relève également, comme à l'article 4, que la vocation « attrape-tout » du FOREC se confirme de plus en plus. Apparemment, l'Etat a décidé de lui transférer, progressivement, la quasi-totalité des exonérations et des allègements de cotisations sociales. Elle souligne, en outre, que certains de ces transferts s'effectue désormais hors du cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Les articles 68 et 70 du projet de loi de finances pour 2002 modifient en ce sens les dispositifs spécifiques d'exonérations de cotisations patronales en faveur des contrats initiative emploi et des contrats de qualification adulte. De même, le projet de loi relatif à la Corse élargit le champ des entreprises bénéficiaires de la majoration applicable en zone franche de Corse et instituée dans le cadre des 35 heures.

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

Art. 8

Fixation des prévisions de recettes pour 2002

Objet : Cet article détermine les prévisions de recettes par catégorie pour l'année 2002.

I - Le dispositif proposé

En application du 2° du I de l'article L.O.111-3 du code de la sécurité sociale, cet article prévoit, par catégorie, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement (FOREC, FSV et fonds de réserve). Pour 2002 et pour la première fois depuis qu'existent les lois de financement de la sécurité sociale (ce qui limite la possibilité d'effectuer des comparaisons avec les montants votés pour les exercices antérieurs), les prévisions de produits sont en droits constatés.

La nomenclature de présentation des produits, qui n'est pas fixée par la loi organique, reprend à un niveau agrégé la classification retenue par la commission des comptes de la sécurité sociale. Elle consiste à distinguer la partie contributive, elle-même dissociée en cotisations effectives et cotisations fictives, des autres ressources, lesquelles évoluent moins directement en fonction de l'activité économique.

Les cotisations effectives (176,12 milliards d'euros, soit 1.155,27 milliards de francs) comprennent à la fois les cotisations effectivement prélevées sur les salaires, les revenus de remplacement et les revenus des entrepreneurs individuels, ainsi que les cotisations prises en charge par l'Etat au titre de la politique de l'emploi.

Ce chiffre est très dépendant de la croissance de la masse salariale du secteur privé. Pour 2002, l'hypothèse retenue à ce titre par la Commission des comptes de la sécurité sociale est de +5 %, soit 3,3 % au titre de l'évolution du salaire moyen par tête et 1,7 % au titre de l'augmentation des effectifs salariés.

• **Les cotisations fictives (31,95 milliards d'euros, soit 209,58 milliards de francs)** correspondent, conformément aux conventions de la comptabilité nationale, au cas où l'employeur fournit directement des prestations sociales. Elles recouvrent pour l'essentiel des prestations vieillesse servies par certains régimes spéciaux (pensions civiles et militaires, SNCF, RATP, Banque de France) et des prestations maladie, invalidité et accidents du travail servies également directement, sans contrepartie en termes de cotisations par les salariés.

- Les **contributions publiques (10,66 milliards d'euros, soit 63,93 milliards de francs)** sont des participations du budget général de l'Etat à certains régimes de sécurité sociale pour garantir leur équilibre financier. Elles regroupent deux éléments principaux : des remboursements de prestations (5,39 milliards d'euros) dus par l'Etat ou des organismes publics (pour l'allocation aux adultes handicapés ou l'allocation de parent isolé) et des subventions d'équilibre (4,95 milliards d'euros) versées par l'Etat à certains régimes spéciaux, dont le BAPSA.

- Les **impôts et taxes affectés (89,66 milliards d'euros, soit 589,44 milliards de francs)** regroupent l'ensemble des ressources de nature fiscale affectées à des organismes de sécurité sociale, au FSV, au fonds de réserve et au FOREC.

- Les **transferts reçus (150 millions d'euros, soit 984 millions de francs)** sont constitués par la prise en charge de cotisations opérées par un régime au profit de ses bénéficiaires. Les transferts internes aux régimes de base, qui figurent en dépenses selon leur origine, ne figurent pas dans cet agrégat. De même, les transferts entre les régimes de base et les fonds de financement ont été consolidés pour l'année 2002.

- Les **revenus des capitaux (830 millions d'euros, soit 5,44 milliards de francs)** constituent une recette de trésorerie sur les placements réalisés.

- Les **autres ressources (6,93 milliards d'euros, soit 45,46 milliards de francs)** incorporent les recours contre tiers, les recettes des DOM -pour des motifs tenant à la fiabilité des outils statistiques- et les recettes diverses qui ne figurent pas dans l'une des autres rubriques.

Pour éviter les doubles comptes, la présentation consolidée opérée par le présent article ne tient pas compte des transferts internes aux régimes de base ou entre régimes et fonds de financement, ni des cotisations ou des prestations prises en charge par les régimes de sécurité sociale.

Le total des recettes (avant première lecture à l'Assemblée nationale) s'élève à **316,5 milliards d'euros, soit 2.076,1 milliards de francs.**

Pour obtenir une répartition plus détaillée des différentes catégories de ressources, il convient de se reporter à l'annexe *d*) du présent projet de loi de financement qui présente les ressources de l'ensemble des régimes de base de sécurité sociale, hors fonds de financement (d'où la différence constatée). Les chiffres 2000 sont corrigés pour tenir compte de l'annulation de créances sur le FOREC prévue par l'article 5 du présent projet en passant en écriture 2,46 milliards d'euros de pertes sur créances irrécouvrables.

Ensemble des régimes de base – produits par catégorie

(en droits constatés et en millions d'euros)

PRODUITS	2000	2001	2002	Evolution 2001-2002 (en %)
Cotisations effectives	158.412	167.238	175.072	+ 4,68 %
<i>cotisations des actifs</i>	159.172	165.518	173.301	
<i>cotisations des inactifs</i>	596	605	626	
<i>autres cotisations</i>	530	538	554	
<i>majorations et pénalités</i>	574	576	591	
<i>reprises nettes de prévisions</i>	467	285	248	
<i>pertes sur créances irrécouvrables</i>	- 4.426	- 1.659	- 1.599	
<i>cotisations prises en charge par l'Etat</i>	3.250	2.971	2.406	
Cotisations fictives d'employeurs	29.214	30.381	31.950	+ 5,16 %
Contributions publiques	10.837	10.966	10.656	
<i>remboursements de prestations</i>	5.360	5.206	5.393	
<i>subventions d'équilibre</i>	5.139	5.451	4.953	
<i>autres contributions publiques</i>	339	310	310	
Impôts et taxes affectés à la sécurité sociale	59.332	60.946	62.765	+ 2,98 %
<i>CSG</i>	47.845	51.476	53.708	
<i>Taxes et droits sur les alcools</i>	1.187	401	413	
<i>Droits sur les tabacs</i>	1.228	265	836	
<i>Taxe auto</i>	881	933	0	
<i>C3S</i>	2.265	2.172	2.078	
<i>Prélèvement social de 2 % sur le capital</i>	879	576	303	
<i>Autres impôts et taxes affectés</i>	5.047	5.122	5.428	
Transferts reçus	22.289	25.808	26.885	+ 4,17 %
<i>cotisations prises en charge par les régimes</i> ..	5.616	5.510	5.547	
<i>cotisations prises en charge par le FOREC</i>	11.447	14.468	15.552	
<i>prestations prises en charge</i>	5.412	5.510	5.668	
<i>autres transferts</i>	- 186	320	118	
Revenus des capitaux	482	478	535	11,92 %
Autres ressources	2.604	2.654	2.750	+ 3,62 %
<i>recours contre tiers</i>	1.015	1.037	1.066	
<i>produits de gestion courante</i>	1.446	1.440	1.468	
<i>contributions divers es</i>	143	177	216	
TOTAL DES PRODUITS	285.963	301.173	312.719	+ 3,83 %

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a, sur proposition de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, et en accord avec le Gouvernement, adopté deux amendements :

- l'un majorant de 0,12 milliard d'euros le montant des cotisations effectives, afin de prendre en compte l'entrée en vigueur, au 1^{er} avril 2002, du nouveau régime d'accidents du travail des exploitants agricoles ;

- l'autre minorant de 0,04 milliard d'euros ce montant des cotisations effectives, afin de prendre en compte l'extension de l'exonération de cotisations pour les services prestataires d'aide à domicile, réalisée par l'article 2 bis du projet de loi.

L'Assemblée nationale a également adopté, toujours sur proposition de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, mais avec avis de sagesse du Gouvernement, un amendement majorant de 0,05 milliard d'euros le montant des impôts et taxes affectés à la sécurité sociale, afin de prendre en compte la suppression des frais d'assiette et de recouvrement sur les recettes fiscales affectées à la sécurité sociale, réalisée par l'article 4 bis.

Enfin, l'Assemblée nationale a adopté un amendement du Gouvernement visant, d'une part, à prendre en compte la réduction de 0,02 milliard de francs du rendement de la taxe sur la publicité pharmaceutique prévue par l'article 11 et, d'autre part, de corriger une erreur matérielle sur le montant total des impôts et taxes affectés.

III – La position de votre commission

Dans son exposé général sur les équilibres généraux, votre rapporteur vous propose de restituer, en 2002, à la sécurité sociale et au Fonds de solidarité vieillesse, la totalité des recettes qui leur ont été « confisquées » au profit du FOREC. Tel est l'objet de l'amendement qu'elle vous a proposé à l'article 6.

Votre commission vous soumettra donc un amendement visant à tirer les conséquences de cette « opération-vérité » sur les prévisions de recettes définies dans cet article.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve d'un amendement de coordination qui résultera des votes précédemment émis par le Sénat.

Art. 9

Fixation des prévisions de recettes révisées pour 2001

Objet : Cet article a pour objet de réviser les prévisions de recettes adoptées dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 afin de prendre en compte les nouvelles mesures de financement définies, dans le présent projet de loi, et ayant un effet rétroactif sur l'exercice 2001.

I - Le dispositif proposé

En 2001, et avant mesures nouvelles, l'écart constaté entre, d'une part, les prévisions de recettes déterminées en loi de financement initiale et, d'autre part, les prévisions d'exécution est négatif de 2,3 milliards de francs (cf. tableau ci-dessous).

**Recettes par catégorie en milliards de francs
et en encaissements/décaissements pour 2001**

	LFSS 2001	Prévisions d'exécution	PLFSS 2002
Cotisations effectives	1.085,1	1.086,1	1.086,1
Cotisations fictives	201,3	202,6	202,6
Contributions publiques	67,4	68,6	68,6
Impôts et taxes affectés	554,4	565,2	568,2
Transferts reçus	2,6	3,0	3,0
Revenus des capitaux	3,2	3,9	3,9
Autres ressources	58,3	40,6	47,6
Total des recettes	1.972,3	1.970,0	1.980,0

Cet écart s'explique principalement par deux évolutions de sens contraire :

- la catégorie « autres ressources » pâtit de la révision drastique du produit des licences UMTS affecté au fonds de réserve des retraites ;

- la catégorie « impôts et taxes » bénéficie de fortes plus-values, grâce à la CSG (+ 14,4 milliards de francs) et malgré l'annulation par le Conseil constitutionnel de l'augmentation d'assiette de la TGAP (- 3,8 milliards de francs).

Deux mesures nouvelles de financement, définies dans le cadre du présent projet de loi, ont un effet rétroactif sur les prévisions de recettes de l'exercice 2001.

Or, en vertu des dispositions du dernier alinéa du II de l'article L.O. 11-3 du code de la sécurité sociale, seules des lois de financement peuvent modifier des dispositions faisant partie de leur domaine obligatoire. S'appuyant sur une analyse des décisions du Conseil constitutionnel, selon lesquelles, notamment, celui-ci a considéré que la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante pouvait tenir lieu de loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour l'année en cours¹, le Gouvernement procède, par l'intermédiaire du présent article, à la mise à jour correspondant à ces deux mesures nouvelles.

1. L'augmentation, pour l'année 2001, de 14,1 % à 24,7 % de la fraction du produit de la taxe sur les conventions d'assurances affectée au FOREC (art.6 du présent projet de loi). Cette augmentation est officiellement destinée à compenser au FOREC l'annulation, par le Conseil constitutionnel, du transfert de la totalité des droits sur les tabacs perçus par l'Etat au titre de l'année 2000.

La recette supplémentaire, imputée à la ligne « impôts et taxes affectés », est évaluée à + 3 milliards de francs.

En revanche, il convient de noter que le transfert au profit du FOREC, à compter du 1^{er} janvier 2001, des droits sur les alcools auparavant affectés à la CNAMTS, ne nécessite pas la révision de la prévision de recettes pour 2001, dans la mesure où il s'agit d'un transfert interne, consolidé au sein de la ligne « impôts et taxes affectés ».

2. L'affectation au fonds de réserve des retraites, à compter de l'exercice 2001, de la totalité du produit de la vente des licences UMTS, au détriment de la Caisse d'amortissement de la dette publique (mesure attendue dans le projet de loi de finances rectificative pour 2001). La catégorie « autres ressources » est modifiée en conséquence, pour un montant évalué à + 7 milliards de francs.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission regrette, à nouveau, le refus du Gouvernement de déposer des lois de financement rectificatives en cours d'exercice.

¹ DC n° 2000-437.

Elle constate, également, que le déséquilibre structurel du FOREC oblige le Gouvernement à lui fournir constamment, et de manière rétroactive, de nouvelles recettes et s'inquiète des effets pervers de tels procédés sur les comptes de la sécurité sociale.

Votre commission relève que l'annulation de la dette contractée auprès des régimes sociaux pour année 2000, et imputée à cet exercice par l'article 5 du présent projet de loi, ne peut, puisque cet exercice est clos, s'accompagner de la révision correspondante des prévisions de recettes de l'année 2000. Elle s'interroge donc sur la régularité juridique, au regard des principes de la loi organique sur les lois de financement, de cette annulation qui reste ainsi « en l'air ».

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve de l'amendement de coordination qui résultera des votes précédemment émis par le Sénat.

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

Section 1
-
Branche maladie

Art. 10 A (nouveau)
(art. L. 162-14-1 et L. 162-15-2 du code de la sécurité sociale)
Conventionnement des professions de santé

Objet : Cet article fixe le contenu des conventions liant les professionnels de santé à l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

Le présent article introduit par l'Assemblée nationale résulte de l'adoption d'un amendement présenté par le Gouvernement. Il a été longuement analysé par votre rapporteur dans son exposé général consacré à l'assurance maladie.

L'objet de cet article est pour le moins ambitieux puisqu'il vise ni plus ni moins « à la rénovation du cadre conventionnel et du dispositif de régulation » des soins de ville.

Il est supposé s'inscrire dans le cadre des « treize propositions » formulées par le Gouvernement le 4 octobre dernier.

Présentant la disposition à l'Assemblée nationale, M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, a indiqué que l'amendement avait trait « à la rénovation du cadre conventionnel et du dispositif de régulation ».

Il a expliqué qu'il s'agissait de créer « un dispositif conventionnel commun à l'ensemble des professionnels de soins de ville, qui déterminerait les règles générales de relation avec l'assurance maladie, les dispositions communes aux professions, les modalités de la coordination des soins, tout en prenant mieux en compte les engagements individuels. Il ne s'agit évidemment pas de revenir à une logique de conventionnement individuel, les professionnels étant attachés au cadre collectif de leur exercice, mais de prendre en compte les engagements auxquels ceux-ci s'astreignent, qu'il s'agisse de leur participation aux actions de santé publique ou des critères d'exercice ou d'activité.

« Nous proposons enfin d'instaurer un système de régulation fondé sur le conventionnement. Nous réfléchissons à la mise en place, au besoin à titre expérimental, de dispositifs de régulation conventionnels fondés, du côté des professionnels, sur des engagements collectifs et individuels d'évolution des pratiques, du côté de l'assurance maladie, sur des engagements en matière d'évolution tarifaire et des propositions de mesures de nomenclature. **J'attends des réactions rapides de la part de nos interlocuteurs.** L'amendement n° 334 rectifié a précisément pour but de présenter les orientations centrales que je viens d'exposer. »

Il est difficile de faire plus flou... Votre rapporteur partage à cet égard la perplexité exprimée en séance publique par le rapporteur de l'Assemblée nationale.

M. Claude Evin a en effet déclaré : « Cet amendement nous est arrivé un peu tardivement¹ –monsieur le ministre vient de nous expliquer pourquoi-, puisqu'il a été introduit dans le débat après l'adoption du projet de loi de financement de la sécurité sociale en conseil des ministres. (...) La commission a le sentiment **que le dispositif proposé est loin d'être achevé.** Elle recommande néanmoins son adoption, mais elle restera très attentive à l'évolution future de ce texte. **Plutôt que d'entrer dans le détail, laissons se dérouler la concertation et adoptons dès aujourd'hui cet amendement ; nous aurons l'occasion d'y revenir.** »

Le dispositif proposé comporte deux paragraphes.

Le **I** insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-14-1 prévoyant que les conventions avec les professionnels de santé définissent les engagements, collectifs et individuels, des signataires, le cas échéant pluriannuels, portant notamment sur l'organisation des soins, sur l'évolution des pratiques et de l'activité des professions concernées. Les conventions définissent les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et en particulier les modalités du suivi pluriannuel de l'évolution des dépenses de la profession concernée. Elles précisent également les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements.

Le **II** modifie l'article L. 162-15-2 du code de la sécurité sociale. Il a pour effet, selon le Gouvernement, de suspendre l'application du mécanisme des lettres-clés flottantes en cas de signature de la convention.

Dans le cas contraire, il se contente de ramener de trois à deux par an le nombre de rapports d'équilibre que l'assurance maladie doit soumettre au Gouvernement.

¹ L'amendement avait été déposé la veille au soir.

II – La position de votre commission

Sur le fond, il paraît bien difficile de se prononcer sur ce dispositif encore très flou, dont on sait d'ores et déjà qu'il ne constitue qu'un « amendement esquisse » ayant vocation à être profondément remanié d'ici la nouvelle lecture du projet de loi à l'Assemblée nationale. L'écart est d'ailleurs grand entre le dispositif normatif voté par l'Assemblée nationale, dont le contenu est pour le moins succinct, et les intentions réformatrices affichées par le Gouvernement.

De l'aveu même du Gouvernement, le dispositif proposé reste encore à l'état d'ébauche. Il faut dès lors se référer à ses déclarations pour comprendre l'architecture envisagée pour le nouveau dispositif de conventionnement des professions de santé.

Le Gouvernement semble retenir l'idée, proposée notamment par le G14, d'une architecture conventionnelle à trois niveaux : un socle conventionnel commun à toutes les professions, des conventions collectives par profession auxquels s'ajouteraient ensuite des contrats individuels que pourraient négocier les médecins désireux de s'engager dans une démarche d'amélioration de la qualité des soins en échange de rémunérations forfaitaires complémentaires.

Toutefois il ne tranche ni la question du mode de régulation des dépenses ni celle des responsabilités respectives de l'Etat et de l'assurance maladie dans cette régulation.

Le mécanisme pernicieux des lettres-clés flottantes est maintenu, même si, selon le Gouvernement, il ne s'appliquerait plus aux professionnels ayant signé une convention.

Sur la forme, la méthode s'avère peu respectueuse des droits du Parlement et finalement peu soucieuse de la concertation avec les professionnels de santé à qui l'on demande un avis sur une disposition déjà votée par l'Assemblée nationale.

Après une année de concertation, le Gouvernement esquisse donc, dans l'improvisation la plus totale, un dispositif inachevé et incomplet, mais auquel s'oppose déjà une partie des professionnels de santé.

Pour sa part, votre commission vous propose d'adopter un amendement substituant à la rédaction proposée l'abrogation de l'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Cet amendement supprimerait le dispositif de régulation par les lettres-clés flottantes, ce qui constitue aux yeux de votre commission un préalable indispensable à la reprise

du dialogue avec les professionnels de santé et à l'ouverture d'une véritable négociation sur une nouvelle architecture conventionnelle et un nouveau dispositif de régulation des dépenses.

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

Art. 10

*(art. L. 5125-23 du code de la santé publique
et L. 162-16 du code de la sécurité sociale)*

Prescription en dénomination commune internationale

Objet : Cet article précise les modalités de prescription des médicaments en dénomination commune internationale (DCI).

I - Le dispositif proposé

Le présent article vise à préciser les modalités de délivrance d'un médicament prescrit sans dénomination de spécialité, mais sous une dénomination commune internationale, dite DCI, de manière à faciliter ce type de prescription.

Aujourd'hui, conformément à l'article R. 5000 du code de la santé publique, les médicaments doivent être prescrits soit sous un nom de fantaisie, soit sous DCI. Dans ce dernier cas, la dénomination est assortie d'une marque ou d'un nom de fabricant. La prescription en dénomination commune internationale « pure », c'est-à-dire sans marque ou nom de fabricant, vise à promouvoir la consommation de médicaments génériques et, *in fine*, à mieux maîtriser la croissance des dépenses de médicaments.

Conformément à l'article L. 5125-23 du code de la santé publique et au décret n° 99-486 du 11 juin 1999, le pharmacien peut déjà exercer aujourd'hui un droit de substitution. Les modalités de ce droit de substitution, auquel s'ajoute la possibilité de prescription en DCI créée par le présent article, sont fixées par le deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique. Il autorise le pharmacien à délivrer une spécialité autre que la spécialité prescrite, si le prescripteur ne l'a pas exclu formellement, et si les dispositions de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale relatives au mode de remboursement sont respectées.

Le **I** du présent article modifie l'article L. 5125-23 du code de la santé publique.

Il précise que la délivrance par le pharmacien d'un médicament non conforme à la prescription nécessite l'« accord exprès et préalable » du prescripteur. Cette condition est toutefois levée en cas d'urgence, mais uniquement dans l'intérêt du malade.

Le pharmacien, lorsque le médecin prescrit un médicament sans dénomination de spécialité, c'est-à-dire en DCI, délivre une spécialité du groupe générique. Il doit alors se conformer aux dispositions de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale réglant les modalités de remboursement, modifié par le II.

La prescription en DCI n'est jamais une obligation : le prescripteur garde toujours la possibilité de prescrire sous un nom de marque.

Enfin, le pharmacien doit inscrire le nom de la spécialité délivrée lorsqu'il a délivré une spécialité au vu d'une prescription en DCI. C'était déjà le cas lorsqu'il exerçait son droit de substitution.

Le II modifie l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale, qui fixe les modalités de remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments.

Il prévoit qu'en cas de délivrance d'une spécialité sur présentation d'une prescription sans dénomination de spécialité, l'écart entre le prix de la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère conforme à la prescription ne pourra excéder un montant déterminé par la convention mentionnée à l'article L. 162-16-1. Cette convention nationale règle les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine pour une durée au plus égale à cinq ans. A défaut, ce montant est fixé par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget. Cette disposition vise à empêcher que le pharmacien ne délivre les produits génériques les plus coûteux ; elle est comparable à celle déjà adoptée pour le droit de substitution.

Le II prévoit en outre d'appliquer le mécanisme de sanction déjà applicable au droit de substitution accordé aux pharmaciens, en cas de non-respect de cette condition. Le pharmacien doit alors verser à l'organisme de prise en charge la somme correspondant à la dépense supplémentaire.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté à cet article deux amendements présentés par le Gouvernement qui visent à mentionner dans la loi la référence à la « dénomination commune ».

Elle a également adopté quatre amendements présentés par M. Claude Evin, rapporteur, de nature rédactionnelle.

III – La position de votre commission

Votre commission ne peut qu'être favorable à la possibilité ainsi ouverte de prescrire en DCI. Elle espère que cette mesure contribuera au développement du générique, dont le bilan est aujourd'hui particulièrement décevant.

Votre rapporteur observe cependant que la loi encadre aujourd'hui strictement les conditions dans lesquelles la substitution d'une spécialité peut être réalisée par le pharmacien d'officine, et ne l'autorise qu'au sein de groupes génériques inscrits au répertoire définis par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS).

Ces groupes génériques sont constitués de deux ou trois médicaments de référence et de génériques associés. Chaque médicament du groupe a le même principe actif, le même dosage et la même forme pharmaceutique. L'AFSSAPS tient le répertoire public des groupes génériques, qui paraît au Journal officiel.

Le législateur a ainsi souhaité favoriser des économies pour la sécurité sociale tout en instaurant un dispositif garantissant, au préalable, la qualité et la sécurité sanitaire.

A contrario, le présent article oblige, dans la rédaction actuelle de son paragraphe II, le pharmacien à délivrer, au-delà du champ des produits substituables définis par l'AFSSAPS, une spécialité parmi les moins chères pour un principe actif donné, dès lors que la prescription est faite en DCI.

Afin de respecter le principe de précaution et de favoriser le caractère opérationnel du répertoire des génériques de l'AFSSAPS, votre commission vous propose par conséquent d'adopter un amendement alignant la prescription en DCI sur ce qui existe aujourd'hui pour le générique : le pharmacien ne serait obligé de délivrer une spécialité parmi les moins chères pour un principe actif donné que lorsque la molécule prescrite en DCI s'inscrit dans un groupe générique.

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

Art. 11

(art. L. 245-2 du code de la sécurité sociale)

Fixation du taux de la contribution applicable aux dépenses de promotion et d'information des laboratoires pharmaceutiques à l'intention des prescripteurs

Objet : *Cet article augmente les taux de la taxe sur les dépenses de promotion pharmaceutique.*

I - Le dispositif proposé

Le présent article a pour objet d'augmenter sensiblement les taux de la contribution due par les laboratoires pharmaceutiques au titre de leurs dépenses de promotion et d'information à l'intention des prescripteurs.

L'assiette de la contribution est égale au total des charges comptabilisées au cours du dernier exercice clos au titre des frais de prospection et d'information des praticiens afférents à l'exploitation en France des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités.

Toutefois, il est procédé sur cette assiette à un abattement forfaitaire égal à 3 millions de francs et, le cas échéant, à un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des spécialités génériques et au titre des médicaments orphelins.

Le taux de la contribution due par chaque entreprise est calculé selon un barème comprenant quatre tranches. Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une de ces quatre tranches, le taux applicable est fixé comme suit :

PART DE L'ASSIETTE correspondant aux rapports «R» - entre les charges de prospection et d'information et le chiffre d'affaires hors taxes – suivants	TAUX de la contribution par tranche
PART DE L'ASSIETTE : R < à 10 %	9,5 %
PART DE L'ASSIETTE : R égal ou > à 10 % et < à 12 %	15 %
PART DE L'ASSIETTE : R égal ou > à 12 % et < à 14 %	18 %
PART DE L'ASSIETTE : R égal ou > à 14 %	21 %

Le rendement de la contribution s'est élevé à 1,329 milliard de francs en 2000, soit une progression de 36,3 % par rapport au montant de la contribution recouvré en 1996. Le tableau ci-joint retrace l'évolution du rendement de cette contribution sur la période 1996-2000.

tableau italienne – desco 1.xls

Dans sa rédaction initiale, cet article majorait sensiblement les quatre taux de cette taxe, les portant respectivement à 10,5 %, 17 %, 25 % et 31 %.

II – Les modifications adoptées par l’Assemblée nationale

L’Assemblée nationale a adopté à cet article trois amendements présentés par M. Claude Evin, rapporteur :

- le premier ramène le taux de la première tranche à son niveau actuel, c’est-à-dire 9,5 %.

- les deuxième et troisième amendements concernent l’assiette du prélèvement : ils insèrent respectivement un I bis augmentant à 40 % l’abattement consenti aux laboratoires qui fabriquent des génériques et un I ter introduisant, dans l’assiette, un abattement de 3 % sur les rémunérations des visiteurs médicaux pour tenir compte du temps passé à faire de la pharmacovigilance.

III – La position de votre commission

Pour votre rapporteur, l’augmentation de la taxe sur la publicité pharmaceutique constitue simplement un prélèvement supplémentaire sur l’industrie du médicament et n’apporte aucune solution au problème de la régulation des dépenses de médicaments.

En outre, cette augmentation serait susceptible de fragiliser la presse médicale et scientifique, dont le financement repose en partie sur la publicité.

Enfin, s’il juge que l’abattement accordé au titre des visiteurs médicaux est légitime, votre rapporteur relève que son plafonnement à 3 %, un pourcentage très inférieur au temps consacré par les visiteurs médicaux aux tâches de pharmacovigilance, ne peut qu’entraîner la confusion dans l’esprit de ceux-ci sur l’importance attachée par les pouvoirs publics à cette activité par rapport à celle d’information médicale proprement dite.

Votre commission vous propose d’adopter deux amendements à cet article : le premier supprime le I afin de rejeter l’augmentation des taux de la taxe, le second supprime un gage subsistant au B du I ter.

Elle vous propose d’adopter cet article ainsi amendé.

Art. 11 bis (nouveau)
(art. L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale)

**Taux de la taxe sur les ventes directes
de spécialités pharmaceutiques**

Objet : Cet article modifie le taux de la taxe additionnelle sur les ventes directes de spécialités pharmaceutiques.

I - Le dispositif proposé

La contribution additionnelle sur les ventes directes prévue à l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale a été instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (*loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997*).

Cette contribution, dont le taux est fixé à 2,5 %, est due par les laboratoires pharmaceutiques sur le chiffre d'affaires réalisé auprès des pharmacies au titre des spécialités remboursables, à l'exception des spécialités génériques et des médicaments orphelins. Les grossistes ne sont donc pas assujettis au paiement de cette taxe.

La taxe additionnelle sur les ventes directes a pour objectif de rétablir l'égalité des conditions de concurrence entre deux circuits de distribution : les ventes directes et les ventes par les grossistes. Elle vise à compenser l'avantage dont bénéficie le circuit des ventes directes, où laboratoires et officines se partagent une rémunération égale à celle des grossistes.

Le rendement de cette taxe a été 1,2 milliard de francs en 2000.

Le présent article introduit par l'Assemblée nationale en première lecture résulte d'un amendement présenté par M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des Finances.

Modifiant l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, il a pour objet d'augmenter le taux de la taxe à 3,5 % pour les médicaments vendus sur prescription (qui représentent 85 % du marché) et de l'abaisser à 1 % pour les médicaments qui ne sont pas soumis à prescription.

II - La position de votre commission

On discerne mal les motivations exactes de cet article, censé, selon l'auteur de l'amendement, favoriser le développement de l'automédication.

Instaurer un régime de taxation des ventes directes différent, selon que les médicaments sont soumis ou non à prescription obligatoire, serait de nature à rompre avec la logique de la taxe, qui est de rééquilibrer les conditions de concurrence entre grossistes et laboratoires en vente directe. Cela créerait en outre une inégalité de traitement que rien ne peut véritablement justifier.

Enfin, en augmentant fortement la taxation des ventes directes de médicaments soumis à prescription, qui constituent l'essentiel du marché, cet article serait susceptible de faire disparaître la vente directe, laquelle ne deviendrait en effet plus viable économiquement.

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

Art. 11 ter (nouveau)

(art. L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale)

Rapport d'activité du Comité économique des produits de santé

Objet : Cet article prévoit que le rapport d'activité établi par le Comité économique des produits de santé est remis chaque année au Parlement.

I - Le dispositif proposé

Le présent article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par le Gouvernement.

Il complète l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale relatif aux missions et à la composition du Comité économique des produits de santé (CEPS), afin de prévoir que le rapport d'activité de celui-ci est remis chaque année au Parlement.

Rappelons que le Comité économique des produits de santé est chargé de négocier avec les industriels du médicament le prix de la spécialité remboursable aux assurés sociaux que ceux-ci souhaitent commercialiser.

II – La position de votre commission

Cet article devant permettre une meilleure information du Parlement, **votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.**

Art. 12

**Clause de sauvegarde applicable à la progression
du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques**

Objet : Cet article fixe à 3 % le taux de progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques au-delà duquel est prélevée une contribution sur le chiffre d'affaires.

I - Le dispositif proposé

Le Parlement a adopté, dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, un article 31 instituant à titre permanent une contribution due par les entreprises pharmaceutiques en cas de dépassement de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

Cette taxe comporte plusieurs taux qui croissent très fortement avec le dépassement des dépenses par rapport à l'ONDAM, pour atteindre finalement 70 %.

Ledit article 31 a prévu que les entreprises conventionnées avec le Comité économique du médicament seraient exonérées du paiement de cette contribution, à condition que cette convention :

- fixe les prix de tous les produits de la gamme de l'entreprise ;
- comporte des engagements de l'entreprise portant sur le chiffre d'affaires de chacun des produits dont le non-respect entraîne, soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise.

Après que les pharmaciens d'officines ont conclu avec l'Etat, en 1998, deux protocoles d'accords, un accord sectoriel a été signé le 9 juillet 1999 entre le Comité économique du médicament¹ et le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique. Il a vocation à couvrir la période 1999-2002.

Cet accord institue, afin d'assurer un meilleur suivi des dépenses de médicaments, un groupe paritaire de concertation. Son objectif sera, non seulement de garantir la régularité d'un suivi, mais aussi de mieux établir les conséquences des modifications de périmètre des dépenses remboursées et non remboursées au sein du chiffre d'affaires de l'industrie.

¹ Devenu depuis le Comité économique des produits de santé.

La régulation conventionnelle instituée par l'accord sectoriel visait ainsi à substituer aux mécanismes de taxation « de sauvegarde » organisés par la loi, et dans les conditions que celle-ci prévoit, un système de remises quantitatives de fin d'année produisant des résultats financièrement équivalents pour la sécurité sociale, mais d'une manière plus adaptée à la différenciation des besoins de santé selon les catégories de médicaments et à la libre concurrence entre les entreprises.

Pour les laboratoires exonérés de la clause de sauvegarde, le mécanisme de remise mis en place a conduit à récupérer, en termes bruts, l'équivalent de ce qu'aurait rapporté la clause de sauvegarde si elle s'était appliquée à tous les laboratoires.

Au titre de 2000, pour la contribution versée en 2001, l'article 29 de la loi de financement pour 2000 a fixé un seuil de déclenchement de la contribution à 2 %, taux *ad hoc*, déconnecté de tout lien avec l'ONDAM.

Au titre de 2001, pour la contribution versée en 2002, l'article 49 de la loi de financement pour 2001 a fixé cette fois un seuil de déclenchement de la contribution à 3 %, alors que le taux de progression de l'ONDAM était fixé à 3,5 %.

Le présent article a pour objet de fixer une nouvelle fois ce taux à 3 %, alors même que l'ONDAM est censé progresser de 3,8 %.

II – La position de votre commission

Dans l'exposé général consacré à l'assurance maladie, votre rapporteur a montré que la seule régulation financière, par le biais des reversements acquittés par les laboratoires pharmaceutiques, avait une efficacité limitée.

Il a regretté que le Gouvernement préfère une nouvelle fois l'augmentation des prélèvements pesant sur l'industrie pharmaceutique à des actions plus structurelles visant à promouvoir le bon usage du médicament.

En cohérence avec l'amendement qu'elle vous propose à l'article 32 pour supprimer l'ONDAM 2002, **votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.**

Art. 12 bis (nouveau)
(art. L. 165-3-1 et L. 165-3-2 du code de la sécurité sociale)
Sanctions applicables aux fournisseurs de dispositifs médicaux

Objet : Cet article met en place une procédure de sanction à l'égard des fournisseurs de dispositifs médicaux en cas de non-respect des prix fixés.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 comportait un article 51 donnant à l'assurance maladie la possibilité de conclure des conventions avec les distributeurs ou les fournisseurs de dispositifs médicaux.

Cet article a permis de donner une base juridique aux initiatives conventionnelles de l'assurance maladie et de consolider les conventions existantes passées avec les fournisseurs.

Ces conventions peuvent compléter la réglementation dans le domaine de la qualité, des modes de facturation, des modalités de la dispense d'avance des frais et des prix opposables. Elles peuvent à ce titre contribuer à améliorer la prise en charge des malades et la régulation des dépenses.

Plusieurs conventions sont actuellement en cours de négociation entre les fournisseurs de dispositifs médicaux et les organismes d'assurance maladie.

Le présent article, qui résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par le rapporteur de la commission, M. Claude Evin, vient compléter ce dispositif en instituant des possibilités de sanction à l'encontre des fournisseurs qui ne respecteraient pas les prix fixés en application des conventions.

Il insère dans le code de la sécurité sociale deux articles nouveaux : les articles L. 165-3-1 et L. 165-3-2.

L'article L. 165-3-1 décrit la procédure applicable en cas de non-respect, par le fournisseur, du prix fixé par la convention.

Lorsqu'un organisme d'assurance maladie constate à l'encontre d'un fournisseur de dispositifs médicaux le non-respect du prix fixé par la convention, le directeur de cet organisme adresse au fournisseur une notification par laquelle il lui indique les faits reprochés. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré. Le fournisseur a la possibilité de faire parvenir ses observations à l'organisme, tout comme l'assuré.

En cas de confirmation de la matérialité des faits, l'organisme d'assurance maladie adresse au fournisseur une mise en demeure de rembourser à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré.

En cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme peut prononcer à l'encontre du fournisseur, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. L'organisme verse à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté.

Lorsque la gravité ou la répétition des faits est constatée, une suspension du conventionnement, pour une durée maximale de deux ans, peut également être prononcée. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est exécutoire à compter de sa notification au fournisseur. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est motivée et peut faire l'objet d'un recours de pleine juridiction devant le tribunal administratif.

Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application de cet article.

L'article L. 165-3-2 prévoit les modalités de recouvrement des sommes dues par les fournisseurs. L'organisme d'assurance maladie peut faire usage des prérogatives et des règles applicables par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. Lorsqu'il est débiteur vis-à-vis du fournisseur, il peut également déduire la somme des montants dus.

II – La position de votre commission

Votre commission est favorable à cet article qui permettra de mieux protéger les droits des assurés sociaux.

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

Art. 13

Dotation du fonds pour la modernisation des cliniques privées

Objet : Cet article fixe à 22,87 millions d'euros (150 millions de francs) le montant du fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP) en 2002.

I - Le dispositif proposé

Le fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) a été créé, pour une durée de cinq ans, à compter du 1^{er} janvier 2000, par l'article 33 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000. Il a vocation à financer les opérations d'investissement concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers.

Ce fonds, géré par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), est alimenté par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie fixée par arrêté interministériel au prorata des dépenses d'assurance maladie supportées par chacun de ces régimes pour les établissements sous OQN (objectif quantifié national).

Le décret n° 2000-794 du 24 août 2000 (*J.O. du 26 août 2000*) précise les modalités de fonctionnement du fonds et notamment la nature des opérations éligibles. Il précise également que le montant de la subvention allouée à chaque établissement ne peut excéder 50 % du montant total de l'opération considérée. A titre exceptionnel, ce fonds peut également financer des charges d'exploitation liées à la mise en œuvre d'opérations visant le développement des systèmes d'information de santé.

Il revient à l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) d'attribuer chaque année les subventions du fonds après avis du comité régional des contrats.

En 2000, le montant du FMCP a été fixé à 100 millions de francs.

La répartition régionale a été effectuée comme suit :

- 90 millions de francs au prorata des dépenses réalisées au titre des établissements sous OQN pour chaque région en 1999 ;

- 10 millions de francs en fonction de la répartition géographique des établissements retenus dans le cadre de l'expérimentation PMSI en soins de suite et de réadaptation, cette expérimentation devant permettre notamment d'établir une échelle de coûts relatifs adaptée à cette activité.

Les agences régionales ont procédé au choix des opérations subventionnées et à l'engagement des crédits par le moyen d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens au cours du dernier trimestre 2000.

En ce qui concerne les crédits dédiés au financement de l'expérimentation PMSI, 80 % des crédits concernent des dépenses d'exploitation.

Les crédits d'investissement (correspondant aux 90 millions de francs) ont pour l'essentiel concerné les opérations suivantes :

- *la mise aux normes et l'amélioration de la qualité et de la sécurité sanitaire* (25 % au titre notamment des opérations d'investissement concernant les stérilisations, du traitement de la circulation des fluides médicaux et l'organisation de la sécurité incendie) ;

- *l'accompagnement de la mise en œuvre d'une offre nouvelle* (24 % au titre notamment des opérations d'investissement concernant la mise en œuvre d'activités d'accueil et de traitement des urgences ou de néonatalogie) ;

- *la réorganisation de l'offre* (43 % au titre notamment des opérations d'investissement concernant la réalisation d'opérations restructurantes de l'offre de soins et la mise en œuvre de coopérations inter-secteurs).

Comme avait pu le relever M. Charles Descours lors de sa mission de contrôle sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, consacrée aux fonds médicaux et hospitaliers¹, si l'ensemble des crédits alloués aux ARH au titre de l'année 2000 a été engagé et a donné lieu à l'attribution de subventions aux établissements, aucun versement n'est intervenu en 2000.

Au 31 décembre 2000, le solde comptable du fonds s'élevait ainsi à 87 millions de francs. Ce solde a été reporté sur l'année 2001. Au 6 août 2001, selon les informations fournies par la CDC, 35 % des crédits alloués par les ARH au titre du fonds 2000 ont été effectivement versés aux établissements bénéficiaires.

L'article 42 de la loi du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 fixe le montant du fonds à 150 millions de francs.

La répartition régionale du fonds (*cf. tableau joint*) a été notifiée aux ARH par circulaire du 12 juin 2001. Cette répartition a été effectuée en fonction de l'importance du secteur privé au sein de chaque région, de manière à ce que les ARH disposent de ressources *a priori* proportionnelles au volume des opérations susceptibles de bénéficier d'une subvention.

¹ Les fonds sociaux, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales par MM. Charles Descours, Jean-Louis Lorrain et Alain Vasselle, Sénat, n° 382 (2000-2001)*.

Les agences régionales procèdent actuellement au choix des opérations éligibles à ce fonds.

Le présent article 13 propose de maintenir les ressources du Fonds au niveau atteint en 2001, soit 150 millions de francs, pour permettre aux établissements de faire face notamment aux investissements de renouvellement et de modernisation des équipements de stérilisation et de désinfection dans le cadre de la prévention de la contamination par les agents transmissibles non conventionnels (ATNC).

Répartition régionale du FMCP 2001

Régions	Répartition du FMCP (en francs)
Alsace	2 200 404
Aquitaine	9 775 216
Auvergne	3 147 114
Basse-Normandie	2 822 930
Bourgogne	3 665 865
Bretagne	5 807 577
Centre	5 869 270
Champagne-Ardenne	2 926 072
Corse	1 136 368
Franche-Comté	1 527 653
Haute-Normandie	3 266 166
Ile-de-France	29 088 097
Languedoc-Roussillon	9 683 210
Limousin	1 421 634
Lorraine	4 011 026
Midi-Pyrénées	9 090 765
Nord-Pas-de-Calais	8 520 494
PACA	18 849 194
Pays-de-la-Loire	6 620 176
Picardie	2 323 876
Poitou-Charentes	3 019 671
Rhône-Alpes	12 407 035
Guadeloupe	871 209
Martinique	521 549
Guyane	119 890
Réunion	1 307 536
France entière	150 000 000

II – La position de votre commission

Votre rapporteur a longuement analysé, dans son exposé général consacré à l'assurance maladie, les difficultés que connaissent aujourd'hui les cliniques privées.

La conjugaison d'une enveloppe moins généreuse que celle de l'hôpital public et du passage effectif aux « trente-cinq heures » a profondément fragilisé les cliniques privées. L'avenir de beaucoup d'entre elles paraît pour le moins incertain.

Dans ce contexte, la dotation du Fonds de modernisation des cliniques privées (FMCP) en 2002, qui figure au présent article, paraît extrêmement faible : le fonds devrait être doté de 22,87 millions d'euros (150 millions de francs), soit exactement le même montant qu'en 2001.

L'objectif de ce fonds était de favoriser la restructuration de l'offre de soins privée. Le secteur hospitalier privé a connu un fort mouvement de restructuration dont la dynamique est, aujourd'hui, en voie d'essoufflement. Ces restructurations se sont traduites par des fermetures (4.000 lits en dix ans) et des regroupements d'établissements (jusqu'à 40 par an en moyenne sur la période de 1991 à 1998, une vingtaine en 1999 et 2000).

Si des fermetures ne manqueront pas d'intervenir encore dans un contexte de rentabilité décroissante et quasi nulle, les regroupements risquent de ne pas se poursuivre, alors même qu'ils constituent la base d'une réorganisation de l'offre hospitalière prenant en compte les besoins des populations, d'une part, et la complémentarité publique et privée, d'autre part.

Confrontées à une forte dégradation de leur situation économique et financière, les cliniques privées n'ont plus les moyens de financer ces regroupements. Or, la faible dotation du FMCP ne permet en réalité que de soutenir sept à huit opérations par an.

Votre commission souhaite par conséquent que le fonds de modernisation des cliniques privées puisse disposer d'une dotation sensiblement plus élevée afin d'accompagner les restructurations qui s'imposent.

Elle vous propose par conséquent d'adopter à cet article deux amendements :

- le premier dote le fonds de modernisation des cliniques privées de moyens supplémentaires, à hauteur de 1 milliard de francs (152,45 millions d'euros), soit le même montant que celui dégagé pour le fonds de modernisation des établissements de santé, destiné aux seuls hôpitaux ;

- le second vise à permettre au fonds de financer des actions de modernisation sociale en faveur des personnels des cliniques privées.

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

Art. 14

Dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé

Objet : Cet article élargit le champ des missions du fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) et dote ce fonds de 600 millions de francs en 2000 et de 152,45 millions d'euros (1 milliard de francs) en 2002.

I - Le dispositif proposé

L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 a institué, pour cinq ans, le fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO).

Le décret d'application de cet article (*n° 98-1221 du 29 décembre 1998*) n'est sorti que très tardivement, un an après le vote de la loi. Pourtant, la création de ce fonds avait été présentée comme urgente par le Gouvernement car elle devait contribuer à favoriser la restructuration du tissu hospitalier.

Le FASMO s'était vu initialement confier la prise en charge :

- des actions de conversions ;
- du différentiel de rémunération lors du recrutement d'un agent dont l'emploi a été supprimé dans un autre établissement ;
- de l'indemnité de départ volontaire ;
- du coût de fonctionnement des cellules locales et régionales d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé ;
- de l'indemnité exceptionnelle d'aide à la mobilité.

En raison du retard pris dans la publication du décret d'application, le fonds n'est entré en application qu'au 1^{er} janvier 1999 ; les premières demandes d'aides ne sont intervenues qu'à partir du 2^{ème} trimestre de l'année 1999.

Après une année blanche en 1998, l'année 1999 a donc été marquée par une très faible activité, qui a occasionné seulement 12 millions de francs de dépenses.

Préalablement cantonnée à la prise en charge d'aides destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels, la mission du fonds a été élargie par le décret n° 2000-684 du 20 juillet 2000 au financement d'« opérations de modernisation sociale agréées par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation compétente (...) dans le respect du schéma régional d'organisation sanitaire », conformément au protocole d'accord sur les conditions de travail dans les hôpitaux de mars 2000.

Désormais, les opérations éligibles à un financement par le fonds sont de trois types. Il s'agit :

- des contrats d'amélioration des conditions de travail des personnels, découlant d'un accord négocié avec les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement concerné et d'un diagnostic réalisé par le comité d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail (CHSCT) ;
- des actions de modernisation sociale arrêtées sur la base du projet social de l'établissement ;
- et, comme précédemment, des aides individuelles destinées à favoriser la modernisation et l'adaptation des personnels.

Contrairement à ce que sa dénomination pourrait laisser croire, le fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé ne bénéficie pas aux établissements de santé privés, sauf s'ils sont engagés dans une opération de coopération avec un établissement public de santé.

En 2000, le fonds a bénéficié d'un report au titre de l'année 1999 de près de 288 millions de francs¹ et d'une dotation de 700 millions de francs.

Selon le ministère, ces 700 millions de francs versés en 2000 avaient pour but de porter, conformément aux engagements pris par le Gouvernement dans le cadre du protocole d'accord du 14 mars 2000, le montant total du FASMO à 1 milliard de francs, dont 400 millions de francs sont affectés à la réalisation des contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, et 400 millions de francs à la mise en œuvre des projets sociaux des établissements de santé.

Comme avait pu le constater M. Charles Descours² lors de sa mission de contrôle sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, consacrée aux fonds médicaux et hospitaliers, les dépenses au titre de l'année 2000 se sont révélées de fait, une nouvelle fois, très faibles puisqu'elles n'ont

¹ Ces crédits n'ayant pas le caractère de recettes budgétaires annuelles, le solde comptable est de fait chaque année reporté sur l'exercice suivant.

² Les fonds sociaux - Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales par MM. Charles Descours, Jean-Louis Lorrain et Alain Vasselle, Sénat, n° 382 (2000-2001).

atteint que 125 millions de francs. Le solde du FASMO à la fin de l'année 2000 s'est donc élevé à 862 millions de francs.

Le bilan des trois premières années d'existence légale du fonds est particulièrement significatif : 138 millions de francs dépensés sur 1 milliard de francs disponibles !

Les 862 millions de francs du reliquat sont autant qui ont été prélevés sur les ressources des régimes d'assurance maladie et qui ont donc accentué le déficit de la CNAMTS.

Prenant acte du faible succès rencontré par le FASMO, le Gouvernement a fait adopter dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 un article 40 créant **un fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé (FMES) qui se substitue au FASMO.**

En réalité, le nouveau FMES, de par ses missions comme par ses modalités de financement et de gestion, ressemble étrangement à l'ancien FASMO modifié par le décret du 20 juillet 2000 ! A l'exception de l'appellation, il apparaît difficile de distinguer ce qui différencie l'ancien fonds du nouveau.

La création du FMES constitue donc le simple prolongement du FASMO avec une dénomination il est vrai plus affriolante.

Le FMES, tout comme le FASMO, est financé par une contribution répartie entre les régimes obligatoires d'assurance maladie au prorata de leurs participations aux charges des dotations globales hospitalières de l'avant-dernière année précédente, déterminées dans les conditions définies à l'article R. 174-1-4 du code de la sécurité sociale.

Mais à la différence du FASMO pour lequel le montant de la contribution était fixé chaque année par un décret, le montant de la contribution des différents régimes au FMES est désormais voté chaque année dans le cadre de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale et doit donc faire l'objet d'une disposition spécifique du projet de loi.

Le montant global de la participation des différents régimes obligatoires d'assurance maladie figure également dans l'objectif de dépenses de la branche maladie voté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. En revanche, il n'est pas intégré dans l'ONDAM.

A ce jour près d'un an après sa création législative, le FMES n'existe toujours pas, faute de décret d'application. Selon le Gouvernement, *« le passage du FASMO au FMES se fera incessamment dans le cadre d'un décret actuellement en cours de préparation et transposant au second les règles de fonctionnement élaborées pour le premier. »*

L'année 2001 semble cependant connaître une activité plus soutenue du FASMO, qui n'est toujours pas devenu FMES.

A la date du 31 juillet 2001, la situation du FASMO était en effet la suivante :

	Report à nouveau	Recettes	Dépenses (*)	Solde
1999		300.000.000 F	12.099.964 F	287.900.036 F
2000	287.900.036 F	700.000.000 F	125.720.878 F	862.179.158 F
2001	862.179.158 F		375.824.766 F	486.654.392 F
TOTAL		1.000.000.000 F	513.645.608 F	486.354.392 F

(*) Les dépenses mentionnées dans cette colonne concernent uniquement les aides versées par le fonds au titre des dépenses prévues réglementairement et les contrats locaux d'amélioration des conditions de travail. Elles ne comprennent pas les dépenses liées à la gestion du fonds qui représentent, pour 1999 et 2000, un total de 2.107.266 F.

Dans sa rédaction initiale, l'article 14 du projet de loi se limitait à prévoir la dotation du fonds en 2002, dotation qui résulte d'une contribution des régimes d'assurance maladie.

Celle-ci était fixée à 45,73 millions d'euros, soit 300 millions de francs.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Confronté à la « grogne » d'une partie de sa majorité plurielle, qui menaçait de ne pas voter le projet de loi si des efforts supplémentaires n'étaient pas dégagés en faveur de l'hôpital, le Gouvernement a été contraint de mobiliser en urgence des moyens supplémentaires pour les établissements hospitaliers.

Se refusant à augmenter la dotation hospitalière incluse dans l'ONDAM 2002, il a été obligé de recourir à des expédients peu glorieux, mobilisant les différents fonds hospitaliers existants.

Ainsi, ce plan de soutien aux établissements hospitaliers sous dotation globale est composé, selon le Gouvernement, de 3 milliards de francs de crédits supplémentaires et de 900 millions de francs « *d'accélération de crédits déjà existants* ».

Selon le Gouvernement, les 3 milliards de francs de crédits nouveaux se décomposeront comme suit :

- 1 milliard sur la dotation globale 2001 ; ces crédits supplémentaires ne seront pas reconductibles ;

- 1 milliard au titre du fonds de modernisation des établissements de santé (FMES) en 2002 ;

- 1 milliard au titre du fonds de modernisation des hôpitaux (FIMHO), lequel est financé sur les crédits santé du ministère de l'emploi et de la solidarité.

Vient s'ajouter en outre, selon le Gouvernement, l'accélération des 900 millions de francs disponibles au titre du FMES 2001.

Tirant les conséquences de ces annonces, l'Assemblée nationale a adopté au présent article un amendement présenté par le Gouvernement qui :

- modifie les missions du FMES telles qu'elles figurent dans l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, et ce alors que ledit article n'a toujours pas été appliqué : outre ses missions antérieures, le fonds pourrait désormais financer également « *des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé* ».

- augmente la dotation prévue au titre de l'année 2001 qui passe de 300 millions de francs à 600 millions de francs ;

- porte la dotation prévue pour 2002 de 45,73 millions d'euros (300 millions de francs) à 152,45 millions d'euros (1 milliard de francs).

III – La position de votre commission

Votre commission observe que la présentation choisie par le Gouvernement pour son plan « hôpital » est naturellement très avantageuse et a pour objectif de « gonfler » au maximum les enveloppes ainsi dégagées.

En réalité, l'effort nouveau effectif en faveur des hôpitaux est beaucoup plus réduit. La loi de financement pour 2001 prévoyait déjà un abondement de 300 millions de francs pour le FMES en 2001 : l'effort supplémentaire n'est donc que de 300 millions de francs. Les 900 millions de francs auxquels se réfère le Gouvernement comprennent les 300 millions de francs du solde excédentaire du FMES au début de l'exercice 2001.

En 2002, l'effort supplémentaire pour le FMES n'est que de 700 millions de francs, puisque l'article 15 du projet de loi prévoyait déjà une dotation de 300 millions de francs pour 2002.

Votre commission juge en outre que le Gouvernement a décidé d'élargir de manière excessive les missions du FMES. Initialement cantonné à la prise en charge des mesures en faveur des personnels des hôpitaux, le fonds

pourrait désormais financer des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements, sans plus de précisions.

Rien ne justifie dès lors la création d'un fonds qui fait double emploi avec la dotation globale hospitalière. Votre commission ne peut accepter une telle parcellisation du financement des hôpitaux : la création d'un fonds n'a de justification que si elle répond à des objectifs précis.

Tout en acceptant l'augmentation de la dotation prévue pour ce fonds, votre commission vous propose par conséquent d'adopter un amendement rejetant cet élargissement illimité des missions du FMES et revenant aux missions de modernisation sociale qui lui étaient initialement confiées.

Elle vous propose d'adopter également un deuxième amendement de coordination avec le premier.

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

Art. 15

(article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

Dotation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville

Objet : Cet article ouvre aux centres de santé le bénéfice du fonds d'aide à la qualité des soins de ville et dote ce fonds de 76,23 millions d'euros (500 millions de francs) en 2002.

I - Le dispositif proposé

La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé au sein de la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés un *fonds d'aide à la qualité des soins de ville* (FAQSV) dont les modalités de mise en œuvre ont fait l'objet du décret n°99-940 du 12 novembre 1999.

Ce fonds est censé apporter un soutien financier aux mutations de l'exercice de la médecine ambulatoire. A cette fin, il distribue des aides destinées à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins de ville, aides attribuées à des professionnels de santé, médecins et auxiliaires médicaux, individuellement ou collectivement, au sein d'un réseau de soins ou de tout autre groupement de professionnels de santé exerçant en ville. Ces aides peuvent également concerner le développement de nouveaux modes

d'exercice et de réseaux de soins. 80 % des dépenses du fonds doivent concerner des actions régionales.

Le fonds a été doté en 1999 et 2000 de 500 millions de francs chacune de ces années.

Pour 2001, l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a fixé le montant des dépenses du fonds à 700 millions de francs. Les reports de crédits, générés par leur non consommation au titre des années antérieures, ont permis de financer les dépenses pour 2001 sans attribution au fonds de financement supplémentaire.

A l'occasion du Comité national de gestion du 24 avril 2001, la CNAMTS a présenté le bilan du fonds pour l'année 2000. Celui-ci fait apparaître les principaux points suivants :

- la majorité des instances de décision (conseils et bureaux régionaux de gestion) ont été mises en place fin 2000,

- sur les 1.000 millions de francs alloués, 194 millions de francs ont été dépensés ;

- 147 projets (nationaux et régionaux) ont été financés, 151 rejetés et 39 ont été réexaminés.

A ce jour, les dépenses engagées sur le FAQSV représentent près de 40 % du montant total des dépenses autorisées pour 2001 (700 millions de francs).

La CNAMTS fait état d'une augmentation des dossiers en fin de premier semestre, liée à l'achèvement de la période de montée en charge du FAQSV. En pratique, il existe donc un stock de dossiers qui seront présentés aux comités lors de leurs premières réunions d'automne. Cette situation la conduit à considérer que les engagements du second semestre seront plus élevés en montant que ceux du premier.

Dans ces conditions, selon le Gouvernement, « *il est raisonnable de penser que la quasi-totalité des crédits du FAQSV seront consommés en 2001.* »

Le premier alinéa du I de cet article fixe le *montant maximal des dépenses* du fonds pour 2002 à 106,72 millions d'euros, soit 700 millions de francs, montant identique au niveau fixé par l'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Le deuxième alinéa fixe le montant des *ressources* du fonds. Ces ressources étant constituées par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie, il incombe à la loi de financement de la sécurité sociale

de fixer chaque année ce montant. Le présent article fixe le montant de la dotation à 76,23 millions d'euros, soit 500 millions de francs.

Le **II** modifie l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, qui a créé le fonds.

Le **1°** du **II** prévoit que les frais de gestion du fonds seront supportés par celui-ci, et non plus par le fonds national de gestion administrative de la CNAMTS. Ces frais concernent notamment l'indemnisation des participants aux instances et des frais de communication.

Le **2°** porte la durée de vie du fonds de cinq à huit ans.

Le **3°** prévoit un bilan de l'activité du fonds avant le 30 juin 2005.

L'Assemblée nationale a adopté à cet article un amendement présenté par le Gouvernement, qui complète le **II** par un **1°A**, un **1°B** et un **1°C** et qui vise à faire bénéficier des financements du fonds les centres de santé.

II – La position de votre commission

Votre rapporteur accueille favorablement l'initiative de l'Assemblée nationale d'ouvrir aux centres de santé le bénéfice du FAQSV. Jusqu'à présent, seuls les professionnels libéraux de santé exerçant en ville ou des regroupements de ces professionnels pouvaient bénéficier des financements accordés par ce fonds. L'intégration des centres de santé au dispositif décliné par le FAQSV peut sans doute contribuer à améliorer la qualité et la coordination des soins de ville.

Votre rapporteur rappelle cependant que lors de sa mission de contrôle sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale, consacrée aux fonds médicaux et hospitaliers, M. Charles Descours¹ avait pu constater –et déplorer– le bilan médiocre de ce fonds qui a connu, pour reprendre l'expression de M. Descours, « *un sérieux retard à l'allumage* ».

Pour cette raison, votre commission vous propose d'adopter un amendement visant à rapprocher la date de l'évaluation de l'impact des financements attribués par le fonds. Il ne paraît pas nécessaire d'attendre 2005 pour évaluer le bilan de l'action menée. La date du 30 juin 2003 semble donc préférable.

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

¹ Les fonds sociaux, *Rapport d'information fait au nom de la commission des Affaires sociales par MM. Charles Descours, Jean-Louis Lorrain et Alain Vasselle, Sénat, n° 382 (2000-2001)*.

Art. 15 bis (nouveau)
(art. L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale)

Informatisation des centres de santé et formation professionnelle conventionnelle des professionnels de santé y travaillant

Objet : Cet article vise à faciliter l'informatisation des centres de santé et à permettre aux personnels de ces centres de bénéficier d'une formation professionnelle.

I - Le dispositif proposé

L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale fixe le contenu de l'accord national liant les centres de santé aux caisses d'assurance maladie. Cet accord détermine notamment les obligations respectives des CPAM et des centres de santé, les conditions d'application des conventions, les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte.

Le présent article, qui résulte d'un amendement du Gouvernement adopté par l'Assemblée nationale, complète cet article par deux alinéas relatifs respectivement aux conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé et aux objectifs et modalités d'organisation de la formation professionnelle conventionnelle des personnels des centres.

Il a donc pour objet de prévoir des mesures permettant aux centres de santé, d'une part, d'adapter leur outil informatique au développement du programme SESAM-Vitale, et, d'autre part, d'assurer la formation professionnelle des personnels médicaux et paramédicaux qui y exercent leur activité. Il offre la possibilité aux cocontractants, dans le cadre de l'accord national, de prévoir le niveau de la dotation annuelle des caisses au financement des actions de formation.

II – La position de votre commission

Les centres de santé remplissent aujourd'hui dans notre pays un rôle indispensable. Votre commission ne peut par conséquent qu'être très favorable à ces dispositions qui permettront aux centres de s'informatiser et à leurs personnels de bénéficier d'une véritable formation professionnelle, qui faisait défaut jusqu'à présent.

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

Art. 15 ter
(art. L. 315-12 du code de la sécurité sociale)

Entente préalable

Objet : Cet article définit les règles de l'entente préalable.

I- Le dispositif proposé

Le présent article introduit par l'Assemblée nationale résulte de l'adoption d'un amendement présenté par le Gouvernement.

Il vise à définir le champ de l'entente préalable qui relevait jusqu'à présent du domaine réglementaire. La formalité préalable représentant une contrainte lourde pour les assurés et les professionnels de santé, l'article a pour objet de définir le champ de l'entente préalable et de la recentrer sur les prestations.

Le **I** de l'article complète l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale afin de prévoir que le bénéfice de certaines prestations peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. Cet accord préalable peut être exigé pour les prestations dont :

- la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;

- la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;

- le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie.

Il est précisé lors de l'admission au remboursement des prestations que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable.

Les conditions d'application de ces dispositions sont fixées par décret.

Le **II** est une disposition de coordination.

Le **III** précise que les dispositions de l'article entrent en vigueur à la date de publication du décret.

II- La position de votre commission

Votre commission ne peut qu'être favorable au principe d'une simplification des mécanismes de l'entente préalable.

Toutefois, la rédaction de l'article fait figurer, dans les critères qui sont susceptibles de donner lieu à un accord préalable, les prestations dont « *le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses d'assurance maladie.* »

Votre rapporteur juge cette référence pour le moins inquiétante. Il convient, à ses yeux, de ne pas mélanger les genres : les critères du contrôle médical doivent rester des critères exclusivement médicaux et non financiers. La rédaction retenue pourrait en effet ouvrir la voie à une forme de rationnement des soins, ce qui serait inacceptable.

Votre commission vous propose en conséquence d'adopter deux amendements

- le premier supprime cette référence dans le texte proposé ;
- le second est une disposition de coordination.

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

Art. 16

*(art. L. 174-5 et L. 174-6 du code de la sécurité sociale,
5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001)*

Mesures de tarification liées à la mise en oeuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA)

Objet : Cet article corrige trois « erreurs » de la loi « APA » du 20 juillet 2001.

I - Le dispositif proposé

Le I de cet article réécrit, dans le chapitre IV du titre VII du livre premier du code de la sécurité sociale, la section 2 intitulée « *Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour* ». Cette section comprend les articles L. 174-5 et L. 174-6.

Ces deux derniers articles renvoient actuellement aux articles L. 6116-1 à L. 6116-3 du code de la santé publique. Or, ces articles ont été abrogés par l'article 10 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la

prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, qui entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2002.

De fait, si le législateur n'intervenait pas, la base légale de la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins dans les unités ou centres de soins de longue durée (USLD) ferait défaut. Ces soins représentent en 2001 un montant de 8 milliards de francs (1,2 milliard d'euros). Une telle erreur incombe au Gouvernement, qui a déposé en nouvelle lecture du projet de loi APA, l'amendement procédant à l'abrogation des articles précités du code de la santé publique¹.

L'objectif est ainsi pour l'essentiel de transposer dans le code de la sécurité sociale les dispositions malencontreusement abrogées du code de la santé publique :

- par *l'article L. 174-5*, il s'agit de prévoir, au premier alinéa, l'autorité compétente pour fixer le montant des dépenses de soins prises en charge par l'assurance maladie dans les USLD : le directeur de l'agence régionale d'hospitalisation en est chargé, après avis du président du conseil général ; le deuxième alinéa prévoit la prise en charge des dépenses de soins par l'assurance maladie pour les assurés sociaux ou par l'aide médicale de l'Etat, pour les non-assurés sociaux², en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ; enfin, le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant de l'ONDAM hospitalier, défini à l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale ;

- par *l'article L. 174-6*, il s'agit de prévoir aux premier et deuxième alinéas, le dispositif de prise en charge des dépenses d'assurance maladie par une caisse pivot et de répartition des charges entre les différents régimes d'assurance maladie : cette caisse pivot est, par défaut, la caisse primaire d'assurance maladie de la circonscription dans laquelle est implanté l'unité ou le centre de soins de longue durée ; toutefois, par convention entre ces régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans une unité ou un centre le nombre de ses ressortissants est le plus élevé.

Le **II** de cet article modifie l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001, qui résulte d'un amendement de M. Pascal Terrasse, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales du projet de loi. Dans son état actuel, il prévoit des dispositions transitoires pour les établissements soumis au conventionnement, mais non signataires d'une convention tripartite

¹ cf. *JO Débats Assemblée nationale, séance du 7 juin 2001, p. 4017.*

² *Il s'agit, à titre principal, des personnes ne résidant pas en France de façon stable et régulière et dont les ressources ne dépassent pas un plafond déterminé en fonction de la composition du foyer et du nombre de personnes à charge, ainsi que des personnes à leur charge au sens du code de la sécurité sociale.*

annuelle¹. L'objectif était de « lisser » pour les établissements la charge de la réforme de la tarification².

Jusqu'au 31 décembre 2003, ceux-ci perçoivent :

1°) un forfait global de soins correspondant au montant global des forfaits de soins attribués par l'autorité compétente de l'Etat au titre de l'exercice 2001 ;

2°) des tarifs journaliers afférents à la dépendance dont les montants sont fixés par le président du conseil général ;

3°) des tarifs journaliers afférents à l'hébergement calculés en prenant en compte les deux précédentes sources de revenu.

Le dispositif APA prévoit, par l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles, que l'allocation personnalisée d'autonomie accordée à une personne hébergée en établissement est égale au tarif « dépendance », diminué de la participation du bénéficiaire de cette allocation.

Le II du présent article modifie ce dispositif provisoire, en apportant « une forme d'amendement rédactionnel » au 3° de cet article. Il apparaissait clair que les tarifs journaliers afférents à l'hébergement, dans les établissements habilités à l'aide sociale, étaient fixés par le président du conseil général.

En revanche, la modification apportée au 1°) du 1° de l'article 5 de la loi APA est plus consistante. Elle tend à définir une procédure de revalorisation : le forfait global de soins est égal à la somme des forfaits de soins attribués en 2001, revalorisé chaque année dans la limite d'un taux d'évolution arrêté par le Gouvernement en fonction de l'ONDAM et destiné à financer « *l'augmentation des dépenses résultant exclusivement de la mise en place de mesures générales portant sur les salaires, les statuts ou le temps de travail des personnels pris en charge par l'assurance maladie* ». Par ailleurs, les taux peuvent être modulés, le cas échéant, selon les catégories d'établissements.

Le III de cet article vise, selon l'exposé des motifs du projet de loi, à « *harmoniser les ressources prises en compte pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement avec celles prises en compte lorsque le bénéficiaire réside à domicile* » (sic).

¹ Ces établissements sont les plus nombreux à ce jour ; selon l'UNIOPSS, 9.000 à 10.000 conventions tripartites resteraient à négocier d'ici le 31 décembre 2003.

² Le principe de cette réforme est simple ; il s'agit de distinguer trois tarifs étanches : hébergement, dépendance et soins. Ses modalités d'application sont beaucoup plus complexes, cf. rapport de M. Alain Vasselle sur le projet de loi relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, n° 315 (2000-2001), pages 33-38.

Il modifie en effet le deuxième alinéa de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles : « *La participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est calculée en fonction de ses ressources, déterminées dans les conditions fixées aux articles L. 132-1 et L. 132-2 ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 232-4, selon un barème national revalorisé au 1^{er} janvier de chaque année comme les pensions aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale* ». La mention du « *deuxième alinéa de l'article L. 232-4* » avait été ajoutée par l'Assemblée nationale en nouvelle lecture, par amendement de M. Pascal Terrasse¹. Il s'agissait de prévoir l'absence de prise en compte des rentes viagères pour le calcul des ressources de l'intéressé. Mais l'Assemblée nationale a oublié de « coordonner » et n'a pas pris en compte le troisième alinéa de l'article L. 232-4 du code de l'action sociale et des familles, résultant d'un amendement du Gouvernement également adopté en nouvelle lecture, selon lequel ne sont pas pris en compte, pour le calcul des ressources de l'intéressé, « *les concours financiers apportés par les enfants pour les prises en charge nécessitées par la perte d'autonomie de leurs parents, ainsi que certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire* ».

C'est cette disposition qu'il est aujourd'hui demandé de prendre en compte, mais en remplacement, et non en complément, de la disposition relative aux rentes viagères. En aucun cas, il ne s'agit donc « *d'harmoniser les ressources prises en compte pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement avec celles prises en compte lorsque le bénéficiaire réside à domicile* ».

II - La position de votre commission

Trois mois après l'adoption de la loi « allocation personnalisée d'autonomie » du 20 juillet 2001, le présent article remédie à trois erreurs de ce texte. C'est en dire la qualité.

Si les deux premiers paragraphes du présent article 16 apparaissent faire partie du « champ » des lois de financement de la sécurité sociale, car ils ont une réelle incidence sur les comptes de l'assurance maladie, tel n'est pas le cas du troisième paragraphe, placé ainsi sous la menace d'une censure par le Conseil constitutionnel.

Au surplus, son adoption aurait pour conséquence de supprimer l'absence de prise en compte des rentes viagères dans le calcul des ressources de l'intéressé, déterminant sa participation à l'allocation personnalisée d'autonomie. Une grave distorsion, injustifiée, serait ainsi créée entre les titulaires de l'APA à domicile et les titulaires de l'APA en établissement.

¹ JO Débats Assemblée nationale, séance du 7 juin 2001, p. 4002.

Pour ces raisons, votre rapporteur vous propose un amendement tendant à supprimer le troisième paragraphe de cet article.

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

Art. 17

(ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982)

Réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière

Objet : Cet article donne une base légale à la réduction du temps de travail dans les établissements hospitaliers.

I - Le dispositif proposé

Cet article modifie l'ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans la fonction publique hospitalière afin de donner une base légale à la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière à compter du 1^{er} janvier 2002.

Selon le Gouvernement, l'intervention du législateur serait nécessaire pour la fonction publique hospitalière dans la mesure où c'est la seule fonction publique dont la durée de travail est fixée par la loi, en l'occurrence l'ordonnance de 1982. Pour la fonction publique territoriale, la durée du travail n'est précisée par aucun texte. Pour la fonction publique d'Etat, la durée régissant la durée du travail est le décret n° 94-725 du 24 août 1994. Le décret n° 2000-815 du 25 août 2000 a ainsi fixé le passage aux trente-cinq heures au 1^{er} janvier 2002 pour la fonction publique d'Etat.

Le 1^o de cet article réécrit l'article premier de l'ordonnance de 1982 qui fixe la durée hebdomadaire du travail à trente-neuf heures.

Dans cette nouvelle rédaction, l'article premier prévoit que « *le temps de travail des agents (...) est réduit dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat* ». Il ne fixe donc pas -comme le décret du 25 août 2000- la durée hebdomadaire à trente-cinq heures.

Il précise en outre que « *le décret fixe également les règles relatives à l'organisation du travail en tenant compte de la spécificité des missions exercées par ces établissements.* »

Le décret reprendra les dispositions du protocole de cadrage national signé le 27 septembre 2001 par Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité et quatre organisations syndicales (CFDT, UNSA, SNCH, CFE-CGC)

L'objectif est de tenir compte des caractéristiques du travail dans les établissements hospitaliers, c'est-à-dire un service continu de 24 heures sur 24. Cette spécificité explique que la fonction publique hospitalière fasse l'objet aujourd'hui de dispositions spécifiques, s'agissant de la durée du travail et de son aménagement, plus précises et plus nombreuses que celles en vigueur pour la fonction publique d'Etat.

Le 2° du présent article abroge les articles 2 à 7 de l'ordonnance susmentionnée à compter de l'entrée en vigueur des décrets d'application de l'article premier :

- l'article 2 fixe la durée quotidienne de travail. La durée quotidienne maximale de travail est différente pour les équipes de jour et les équipes de nuit (9 heures ou 10 heures). L'amplitude de la journée de travail ne peut excéder 10 heures 30, ni réduire à moins de 12 heures la durée de repos ininterrompue entre deux journées travaillées ;

- les articles 3 et 5 prévoient un service de permanence lorsque la continuité du service l'exige. Le décret fixant les conditions d'application de ces articles a précisé qu'après avis du comité technique paritaire et, sauf nécessité de service, la fréquence de ces permanences ne peut excéder une nuit par semaine et un dimanche ou un jour férié par mois ;

- l'article 4 fixe le contingent d'heures supplémentaires à vingt heures par mois, donnant droit soit à compensation horaire d'égale durée, soit à rémunération qui varie en fonction de l'indice de l'agent et de la période pendant laquelle ces heures supplémentaires sont effectuées. L'arrêté du 14 juin 1973 limite le paiement des heures supplémentaires aux seuls agents dont l'indice de rémunération n'est pas supérieur à l'indice brut 390. Toutefois, des dérogations sont prévues par circulaires pour certains personnels soignants et de la filière ouvrière ;

- l'article 6 prévoit les jours de congé : le travail s'effectue sur une période de 14 jours comprenant 4 jours de repos dont 1 hebdomadaire, 2 d'entre eux devront être consécutifs (système de la quatorzaine) ;

- l'article 7 dispose que l'aménagement et la répartition des horaires de travail sont fixés après avis des instances paritaires, par le règlement intérieur de chaque établissement compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité des soins des dimanches et jours fériés ou pendant la nuit. Dans ce dernier cas, il peut être dérogé selon la même procédure aux horaires de travail.

L'ordonnance de 1982 ne comprenant que sept articles, l'abrogation des articles 2 à 7 aboutit à ce que celle-ci se trouve réduite à l'article premier qui renvoie les modalités précises de durée et d'organisation de travail à un décret en Conseil d'Etat. **Le temps de travail de la fonction publique hospitalière ainsi que les règles relatives à l'organisation du travail seront donc fixés par voie réglementaire (décret en Conseil d'Etat et décrets simples d'application).**

Articles	Texte actuel de l'ordonnance	Protocole de cadrage national
Art. 1 ^{er}	Durée légale 39 heures par semaine (champ précisé par l'art. 1 ^{er} du décret de 1962)	<p>La durée de travail effectif est fixée à trente-cinq heures par semaine dans les établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.</p> <p>Le décompte du temps de travail est réalisé sur la base d'une durée annuelle de travail effectif de 1 600 heures maximum, sans préjudice des heures supplémentaires susceptibles d'être effectuées.</p> <p>Cette durée est réduite par décret pour les agents soumis à des sujétions spécifiques à ces établissements.</p>
Art. 2	<p>Durée quotidienne maximale 9 heures en jour et 10 heures en nuit ;</p> <p>En cas de journée discontinue amplitude maximale 10 h 30</p> <p>Durée de repos ininterrompu entre deux journées de travail minimum 12 heures (complété par l'art.3 du décret de 1982)</p>	<p>Dispositions inchangées et conservées</p> <p>Dispositions inchangées et conservées</p> <p>Dispositions inchangées et conservées</p>
Art. 3	Permanences et astreintes (décret FPH jamais pris depuis 1982)	<p>Réexamen des permanences dans l'établissement pour intégration dans le temps de travail effectif.</p> <p>Décret sur les astreintes intégré dans le cadrage national et fixation d'un plafond de 72 h par quinzaine.</p>
Art. 4	Heures supplémentaires dans la limite de 20 heures par mois et par agent, donnant droit soit à compensation soit à rémunération supplémentaire	15 h supplémentaires/mois/agent au 1/1/2005 et 10 h supplémentaires/mois au 1/1/2006.
Art. 5	Permanence dans l'hôpital : modalités de compensation du temps de travail non effectif (décret non pris)	Dispositions caduques (cf. art. 3) ; toute la permanence sur place devient du temps de travail effectif.
Art. 6	Repos hebdomadaires : 4 pour 2 semaines, deux d'entre eux au moins devant être consécutifs	Dispositions améliorées ; les 2 jours consécutifs comprendront 1 dimanche de repos/quinzaine.
Art. 7	Dérogation aux horaires quotidiens de travail après avis CTP Horaires variables (décret non pris)	<p>Disposition inchangée et conservée</p> <p>Définition et modalités des horaires variables inscrites dans le cadrage national.</p>

II - La position de votre commission

Dans son exposé général consacré à la branche maladie, votre rapporteur a souligné les difficultés considérables qu'allait entraîner la mise en place de la réduction du temps de travail dans les établissements hospitaliers. Chacun se demande en effet comment pourront s'effectuer ces recrutements massifs, à hauteur de 45.000 emplois en trois ans, alors même qu'un grand nombre de postes sont aujourd'hui vacants.

Il a également fait valoir que les moyens financiers dégagés pour cette mise en place de la RTT n'étaient, à l'évidence, pas à la hauteur des enjeux. Il a exprimé la crainte que de nombreux établissements connaissent des difficultés financières considérables, les amenant, une fois de plus, à faire des économies sur les autres postes de dépenses, notamment sur les investissements pourtant nécessaires.

Il observe enfin que le présent article n'a pas d'incidence directe, en lui-même, sur les comptes de la sécurité sociale et pourrait donc être qualifié de « cavalier ».

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

Art. 18

(article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994)

Fonds pour l'emploi hospitalier

Objet : Cet article augmente la contribution des établissements hospitaliers au Fonds pour l'emploi hospitalier.

I - Le dispositif proposé

Le fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) a été créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique. Ce fonds est actuellement financé par une contribution des établissements hospitaliers, fixée à 0,8 % des rémunérations soumises à retenues pour la pension par le décret n° 2000-23 du 12 janvier 2000.

Le fonds pour l'emploi hospitalier a pour mission de prendre en charge les deux tiers des surcoûts des rémunérations des agents à temps partiel à 80 % (rémunérés à 86 %) et à 90 % (rémunérés à 91 %), les deux tiers de

l'indemnité exceptionnelle de 30 % des agents en cessation progressive d'activité, le remboursement des engagements de servir des agents contraints d'effectuer une mobilité professionnelle à la suite d'une réorganisation ou pour suivre un conjoint, et le complément de traitement (0,15) des agents de catégorie C en congé de formation professionnelle dans le cadre du protocole du 14 mars 2000.

Depuis 1999 (*loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale*), le FEH participe également au financement du remboursement aux établissements de santé du revenu de remplacement des agents en congé de fin d'activité.

Depuis son origine, les charges du FEH sont supérieures à ses ressources et sa contribution au financement du congé de fin d'activité à partir de 1999 n'a fait qu'aggraver sa situation.

Le déficit des deux dernières années est le suivant :

1999 : 163 millions de francs (avec un taux de contribution de 0,67 %) ;

2000 : 272 millions de francs (avec un taux de contribution de 0,8 %).

Compte tenu de la reconduction du congé de fin d'activité en 2001 et en 2002, le déficit du FEH devrait atteindre 443,8 millions de francs en 2001 et 627,3 millions de francs en 2002 si le taux de contribution est maintenu à 0,8 %.

Cet article a donc pour objet de porter le taux plafond de la contribution des hôpitaux à ce fonds de 0,8 % à 1,8 %.

En réponse à une question formulée par votre rapporteur sur cet article, le Gouvernement explique qu'en raison « *de la forte mobilisation du fonds liée au succès des divers dispositifs qu'il finance, il est donc apparu nécessaire de prévoir des marges de manœuvre suffisantes en portant le taux plafond à 1,8 %.*

« *Le taux de la contribution des établissements qui est actuellement de 0,8 % (taux plafond autorisé par la loi avant modification) sera porté par décret à 1 % de la masse salariale après l'augmentation du taux plafond par la loi de financement de la sécurité sociale.*

« *L'ONDAM 2002 affectera au FEH un montant de 200 millions de francs . Ce montant permettra de stabiliser le déficit du fonds à son niveau de 2001. »*

Situation financière du FEH
(en millions de francs)

		1997	1998	1999	2000	2001 prévision
Ressources	- contribution des établissements de santé-	399,2	409,1	629,5	776,9	804,4
	- produits financiers	14,3	12,7	15,1	7,2	0
Dépenses	- indemnité exceptionnelle CPA	66,6	41,3	21,5	37,8	686,1
	- prise en charge de rémunération dans le cadre du temps partiel	390,1	615,9	411,1	599,7	280,2
	- aides à la mobilité et actions de formation	0	2,5	6,5	16,3	11,6
	- financement du CFA hospitalier	-	-	29,1	227,3	
	- frais de gestion	10	10,3	11,4	11,6	
	Solde de l'exercice	-53,2	-248,4	165	- 108,7	- 161,9
	Dettes cumulées	- 79,9	- 328,3	- 163,3	- 272,0	- 433,8

Source : Caisse des Dépôts et Consignations

II- La position de votre commission

Votre rapporteur observe que le Gouvernement a pris effectivement une « marge de manœuvre » importante en décidant d'augmenter de 250 % le taux plafond de la contribution au FEH, ce qui n'apparaît pas nécessaire à court terme.

Il remarque que le Gouvernement a pour sa part l'intention de porter ce taux à seulement 1 % dans un premier temps.

Votre rapporteur considère que le Parlement ne saurait ainsi donner un « blanc-seing » au pouvoir réglementaire lui permettant d'augmenter de manière unilatérale et très importante le taux de cette contribution qui pèse lourdement sur les budgets hospitaliers.

Il vous propose en conséquence d'adopter un amendement limitant l'augmentation du taux de cette contribution à ce qui est strictement nécessaire pour équilibrer le fonds et pour effacer la dette passée. Le taux plafond de 1,2 % permettrait ainsi de rendre le fonds excédentaire de 200 millions de francs en 2002 et d'apurer la dette passée sur deux exercices.

S'il s'avère nécessaire de relever une nouvelle fois ce taux plafond, le Gouvernement sera ainsi tenu de revenir devant le Parlement, ce qui permettra un véritable débat sur les objectifs assignés et les moyens affectés à ce fonds.

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

Art. 18 bis (nouveau)
(art. L. 2132-2 du code de la santé publique
et art. L. 162-1-11 du code de la sécurité sociale)
Examen bucco-dentaire obligatoire pour les enfants

Objet : Cet article institue un examen bucco-dentaire obligatoire pour les enfants.

I- Le dispositif proposé

Le présent article introduit par l'Assemblée nationale résulte d'un amendement présenté par le Gouvernement. Il instaure l'obligation pour les enfants d'un examen bucco-dentaire de prévention, à l'âge de six ans et à l'âge de douze ans

Le **I** complète les dispositions du code de la santé publique relatives aux examens obligatoires, dans le titre III du livre I de la partie II du code de la santé publique, consacrée à la santé de la famille, de la mère et de l'enfant, par un article L. 2132-2-1.

Il institue deux examens bucco-dentaires de prévention obligatoires, au cours de la sixième année et au cours de la douzième année de l'enfant. Ces examens ne donnent pas lieu à contribution financière de la part des familles. L'obligation est réputée remplie lorsque le chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie atteste sur le carnet de santé du suivi de l'enfant au cours de sa sixième et de sa douzième année.

Le dispositif envisagé est censé mobiliser les caisses primaires d'assurance maladie d'affiliation pour inviter les personnes titulaires de l'autorité parentale à présenter l'enfant à l'examen bucco-dentaire de prévention.

Le **II** de cet article rend obligatoire l'inscription sur le carnet de santé des résultats de ces examens bucco-dentaires de prévention.

Le **III** de cet article rend ces dispositions applicables à la collectivité territoriale de Mayotte et sur le territoire des Iles Wallis-et-Futuna, dans lesquels les dispositions actuelles relatives aux examens de prévention obligatoires concernant l'enfant sont déjà applicables.

Les **IV** à **VII** apportent des modifications au code de la sécurité sociale.

Le **IV** prévoit la couverture des frais relatifs à l'examen de prévention, pour les bénéficiaires du régime général de l'assurance maladie.

Le **V** prévoit l'extension de la couverture des frais relatifs à l'examen de prévention aux bénéficiaires du régime des travailleurs non salariés

Le **VI** exonère du ticket modérateur pour l'examen de prévention.

Le **VII** instaure une dispense d'avance de frais pour l'examen de prévention comme pour les soins consécutifs sous réserve que, pour ces derniers, leurs réalisations aient lieu dans la limite des trois mois suivant l'examen de prévention.

II - La position de votre commission

Aux yeux de votre commission, la santé bucco-dentaire constitue un enjeu important de santé publique. Les affections des dents et des tissus de soutien de celles-ci touchent une grande partie de la population, alors même que les incidences favorables de la prévention et des soins précoces sont largement reconnues mais insuffisamment mises en œuvre.

Le Gouvernement a confié l'année dernière à l'Inspection générale des affaires sociales une mission visant notamment à expliciter les mécanismes paraissant les plus appropriés à développer une prévention bucco-dentaire efficace et favoriser un comportement de recours précoce aux soins conservateurs.

Le rapport de mission rendu par M. Michel Yahiel identifie comme prioritaire l'effort de prévention en direction des jeunes et trace les axes de progrès en matière d'amélioration de la qualité des soins dentaires, de l'accès à ces soins et de leur prise en charge.

Votre commission accueille donc très favorablement cet article dont elle partage l'esprit.

Elle s'interroge néanmoins sur l'effectivité du caractère obligatoire de cet examen dans la mesure où aucune sanction n'est prévue en cas de non-respect de cette obligation.

Il y a dès lors fort à craindre qu'un certain nombre d'enfants, notamment issus des milieux les plus défavorisés, « passent au travers des mailles du filet ».

C'est pourquoi votre commission souhaite que ces examens bucco-dentaires puissent être effectués, dans la mesure du possible, dans le cadre scolaire, comme cela a déjà été le cas lors d'expérimentations réussies menées par la CNAMTS.

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

Art. 18 ter (nouveau)
(art. L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale)
**Participation des professionnels de santé libéraux
à la permanence des soins**

Objet : Cet article prévoit d'associer les professionnels de santé libéraux à la permanence des soins, dans le cadre d'actions expérimentales.

I- Le dispositif proposé

Le présent article introduit par l'Assemblée nationale résulte de l'adoption d'un amendement présenté par le Gouvernement. Il vise à accompagner financièrement des actions expérimentales associant les professionnels de santé libéraux à la permanence des soins.

Il constitue la traduction législative de l'une des « treize » propositions du Gouvernement : « *Faire participer les professionnels libéraux à l'organisation des urgences* ». Le Gouvernement suggérait, dans les zones le nécessitant et à certaines tranches horaires, l'organisation d'une permanence libérale des soins proposée par les professionnels, sous l'égide de l'Ordre et sous le contrôle du comité départemental de l'aide médicale urgente (CODAMU). Il précisait que cette garde libérale d'intérêt public pourrait être rémunérée de façon spécifique dans le cadre d'une expérimentation.

Le présent article article procède donc à une réécriture complète de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale relatif aux actions expérimentales prévues par l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 (réseaux et filières de soins).

Il anticipe de la sorte sur l'adoption de l'article 18 *quater* du projet de loi qui crée un nouveau dispositif de financement des réseaux.

Dans sa nouvelle rédaction, l'article L. 162-31-1 prévoit que l'association de professionnels de santé libéraux à des actions permettant d'améliorer la permanence des soins peut faire l'objet de financement dans le cadre d'actions expérimentales jusqu'au 31 décembre 2004. Les établissements de santé peuvent en outre participer à ces actions expérimentales.

Ces actions doivent être menées en cohérence avec les dispositifs départementaux de l'aide médicale d'urgence (CODAMU), les services de garde et les transports sanitaires.

Dans le cadre de ces expérimentations, il peut être fait application des dispositions introduites par l'article 18 *quater* relatives aux réseaux, notamment de l'article L. 162-45 qui permet de déroger aux dispositions du code de la sécurité sociale régissant les tarifs, honoraires, rémunérations, frais couverts par l'assurance maladie et paiement direct des honoraires par le malade.

Les modalités de mise en œuvre de cet article seront précisées par un décret en Conseil d'Etat.

II- La position de votre commission

L'organisation de la permanence des soins est aujourd'hui un enjeu majeur pour la population en termes de santé publique. Votre commission considère que les professionnels de santé libéraux ont là un rôle essentiel à jouer pour garantir la permanence des soins à nos concitoyens.

Votre commission ne peut donc qu'être favorable à toute initiative visant à encourager les actions initiées par les professionnels de santé dans le but de mieux organiser cette permanence des soins.

Elle espère toutefois que les expérimentations prévues par cet article seront effectivement menées et, surtout, que l'on en tirera les enseignements nécessaires. La pratique montre que, dans les expérimentations, l'évaluation fait souvent défaut.

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

Art. 18 quater (nouveau)
(art. L. 162-43 à L. 162-45 nouveaux du code de la sécurité sociale)
Dotation nationale de développement des réseaux

Objet : Cet article crée une dotation nationale pour le développement des réseaux.

I - Le dispositif proposé

Le présent article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par le Gouvernement.

Il constitue la traduction législative de l'une des « treize » propositions du Gouvernement : « *Développer les réseaux de soins* ». Pour développer les réseaux et leur assurer un financement stable, le Gouvernement proposait de créer une enveloppe financière unique déléguée au niveau régional.

Le présent article vise donc à instaurer un cadre de financement pérenne des actions réalisées au sein de réseaux de santé, tels qu'ils sont définis par l'article L. 6321-1 du code de la santé publique, tel qu'il résulte de l'article 57 du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Il met en place une procédure unique d'octroi de financements dérogatoires aux financements de droit commun, notamment selon des modes forfaitaires. Ces financements dérogatoires sont attribués par décision conjointe du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et du directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie.

Ces financements s'imputeront sur des enveloppes limitatives régionales, alimentées par une enveloppe nationale, constituée au sein de l'ONDAM, par la réservation de sous-enveloppes dédiées dans les différents objectifs de dépenses de soins de ville, hospitalières, des établissements de santé privés ainsi que des établissements médico-sociaux.

Le I de l'article complète le chapitre II du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale par une section 10 intitulée « Réseaux ».

Cette section comprend les articles L. 162-43 à L. 162-46

L'article L. 162-43 prévoit qu'il est créé, au sein de l'ONDAM, une dotation nationale de développement des réseaux. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé détermine le montant de cette

dotation, ainsi que, pour chaque région, le montant limitatif de la dotation régionale de développement des réseaux.

L'article L. 162-44 précise que, dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie décident conjointement, dans la limite de la dotation régionale de développement des réseaux, des financements qui sont accordés aux actions réalisées dans le cadre des réseaux de santé.

L'article L. 162-45 dispose que cette décision peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. La décision peut en outre déroger aux dispositions du code de la sécurité sociale qui concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux, les frais couverts par l'assurance maladie, le paiement direct des honoraires par le malade, la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

L'article L. 162-46 renvoie à un décret en Conseil d'Etat le soin de préciser les modalités d'application de la section et de fixer les modalités de l'évaluation des procédures de financement mises en œuvre.

Le **II** comporte des dispositions de coordination.

Le **III** précise que les agréments accordés en application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure continuent de produire leurs effets, pour la durée fixée par l'agrément.

II - La position de votre commission

Votre rapporteur considère que la mise en réseau des professionnels de santé et des établissements de santé constitue un instrument de maîtrise médicalisée des dépenses de santé qui n'a pas été suffisamment exploité.

Il ne peut, dans ces conditions, que déplorer le maigre bilan des expérimentations menées en application de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale et s'interroger sur les raisons qui ont parfois conduit le Gouvernement à refuser d'agréer certains des projets approuvés par le conseil d'orientation.

Il reconnaît qu'il n'était sans doute pas inutile de mettre un peu d'ordre dans l'édifice juridique complexe qui régit aujourd'hui les réseaux. Ainsi, les réseaux obéissent actuellement à un dispositif juridique caractérisé par son empilement et faisant intervenir tant le code de la santé publique (*art. L. 6121-5*) que le code de la sécurité sociale (*art. L. 162-31-1*), selon des

procédures d'agrément et de financement différentes. En outre, se sont développées des expériences indépendamment de tout cadre juridique.

Votre rapporteur espère donc que le dispositif proposé par cet article aura plus de succès que ceux qui l'ont précédé.

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

Art. 18 quinquies (nouveau)
(art. L. 380-5 du code de la sécurité sociale)
**Affiliation au régime général des enfants mineurs
des personnes ne remplissant pas
les conditions de résidence stable et régulière**

Objet : Cet article affine au régime général les enfants de personnes en situation irrégulière sur le territoire français.

I - Le dispositif proposé

Le présent article, qui résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par les membres du groupe communiste et apparentés, affine au régime général sur critère de résidence les enfants des personnes en situation irrégulière sur le territoire français.

L'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale, qui résulte de l'article 3 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (CMU) prévoit en effet que « *toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité* ». C'est ce que l'on appelle *l'affiliation sur critère de résidence*, qui suppose une résidence régulière en France au regard des règles régissant l'entrée et le séjour des étrangers en France.

Les étrangers en situation irrégulière et leurs familles relèvent quant à eux de *l'aide médicale d'Etat* en application de l'article 187-1 du code de la famille et de l'aide sociale, qui prévoit que « *tout étranger résidant en France sans remplir les conditions fixées par l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale et dont les ressources ne dépassent pas le plafond mentionné à l'article L. 861-1 de ce code a droit, pour lui-même et les personnes à sa*

charge au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code, à l'aide médicale de l'Etat ».

Le présent article insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 380-5 disposant que les enfants mineurs des personnes de nationalité étrangère ne remplissant pas la condition de résidence prévue à l'article L. 380-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire en situation irrégulière, sont affiliés au régime général sur critère de résidence.

II - La position de votre commission

Votre rapporteur discerne mal ce qu'apporte l'initiative de l'Assemblée nationale dans la mesure où les personnes en situation irrégulière et leurs enfants sont déjà couverts par l'aide médicale d'Etat.

De plus, la couverture de base est assurée dans des conditions similaires sous le régime de l'affiliation sur critère de résidence et sous celui de l'aide médicale d'Etat. Les prestations versées sont donc identiques dans le régime de l'aide médicale d'Etat et dans celui du régime général.

Cet article aurait en outre des conséquences pratiques difficiles à gérer, les parents relevant de l'aide médicale d'Etat et leurs enfants du régime général. Il créerait enfin un transfert de charges injustifié entre l'Etat, qui assure le financement de l'aide médicale d'Etat, et la sécurité sociale.

Pour l'ensemble de ces raisons, votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 18 sexies (nouveau)

(art. L. 861-3 du code de la sécurité sociale)

Bénéfice du tiers payant pour les personnes sortant du dispositif CMU

Objet : Cet article vise à étendre pendant un an le bénéfice du tiers payant à l'ensemble des personnes sortant du dispositif CMU.

I - Le dispositif proposé

Le présent article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par le Gouvernement.

L'article 20 de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle a créé un article L. 861-3 qui prévoit une dispense d'avance de frais au profit des personnes bénéficiant de la CMU pour les dépenses prises en charge au titre de la couverture de base et, le cas

échéant, de la couverture complémentaire. Il institue donc un tiers payant intégral, c'est-à-dire portant sur l'ensemble des dépenses.

Le décret du 21 décembre 1999, les deux arrêtés du 26 mai 2000, l'arrêté du 28 juin 2000 et la circulaire du 13 juillet 2000 ont précisé les modalités d'application de cet article et ont institué deux mécanismes de tiers payant coordonné comportant une coordination effective entre caisses d'assurance maladie et organismes complémentaires afin que les professionnels de santé aient un interlocuteur unique.

Le présent article vise donc à étendre, à l'ensemble des personnes sortant du dispositif CMU, pendant une durée d'un an, le bénéfice du tiers payant coordonné et, s'ils ont une couverture complémentaire, intégral.

II- La position de votre commission

Cet article illustre une nouvelle fois les difficultés liées à l'effet de seuil que comporte le dispositif de la CMU.

Le Gouvernement recule devant l'échéance qui verra les anciens titulaires de l'aide médicale gratuite radiés de la CMU et compte sur les fonds d'actions sociales, tant des départements que de l'assurance maladie, pour pallier l'effet de seuil qui, pourtant, est au cœur du système. Il espère sans doute que la prolongation pendant un an du tiers payant pour les personnes amenées à sortir du dispositif sera de nature à faciliter cette sortie, ce qui semble pour le moins douteux.

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

Art. 18 septies (nouveau)
(article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999
et article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996)
Prime à l'installation pour les professionnels de santé

Objet : Cet article vise à instituer des aides incitatives à l'installation de professionnels de santé dans certaines zones rurales et urbaines.

I- Le dispositif proposé

Le présent article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par le Gouvernement, sous-amendé par le rapporteur de la Commission.

Il vise à instituer des aides incitatives à l'installation de professionnels de santé dans certaines zones rurales et urbaines.

Le **I** modifie l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 afin d'élargir les missions du *fonds d'aide à la qualité des soins de ville* (FAQSV)¹.

Désormais, le fonds pourrait contribuer au financement des aides aux professionnels de santé, autres que des médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins.

Le FAQSV financerait donc les aides à l'installation aux professionnels de santé non médecins (infirmières, kinésithérapeutes...)

S'agissant des médecins, le **II** prévoit un dispositif similaire à la différence que les aides ne seraient pas financées par le FAQSV mais par le *Fonds d'orientation et de modernisation de la médecine libérale* (FORMMEL).

¹ *Cet article est déjà modifié par l'article 15 du projet de loi ; voir la description de ce fonds dans le commentaire dudit article.*

Le Fonds d'orientation et de modernisation de la médecine libérale (FORMMEL)

Ce fonds a été créé au sein de la CNAMTS par l'article 4 de l'ordonnance du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de santé en réponse notamment au souhait du corps médical qui voulait pouvoir suivre l'utilisation des ressources issues du prélèvement exceptionnel opéré en 1996 du fait du dépassement de l'objectif en 1995.

Le fonds comporte deux sections et a pour objectif :

- d'une part de financer l'allocation de remplacement versée aux médecins en cas de cessation anticipée d'activité ainsi que des aides de toute nature et des primes qui peuvent être modulées en fonction de critère d'âge, d'activité ou d'implantation géographique en vue de faciliter l'orientation, la réorientation, la reconversion ou la cessation anticipée d'activité des médecins exerçant à titre libéral;

- d'autre part de participer au financement de la généralisation rapide de l'usage des feuilles de soins électroniques. A cet effet, les organismes d'assurance maladie ont été autorisés à participer à des actions d'accompagnement de l'informatisation au bénéfice des professionnels dispensant des actes ou prestations remboursables par l'assurance maladie qui s'engagent à réaliser un taux significatif de télétransmission des documents nécessaires au remboursement. Ces actions consistaient en une prime de 7.000 francs destinée à financer l'équipement informatique et une prime de 2.000 francs visant à couvrir les frais de télétransmission des médecins qui s'équipaient et qui s'engageaient à utiliser la feuille de soins électronique soit un montant total d'aide de 9.000 francs par médecin.

Dans le texte initial de l'amendement du Gouvernement, les zones rurales ou urbaines concernées étaient déterminées par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'adoption d'un sous-amendement présenté par le rapporteur, M. Claude Evin, a conduit l'Assemblée nationale à préférer une nouvelle rédaction prévoyant que le décret déterminerait les conditions dans lesquelles ces zones sont définies par le représentant de l'Etat dans la région après l'avis du conseil régional de santé¹.

II- La position de votre commission

Si votre commission partage l'objectif visé par le Gouvernement, elle se montre en revanche plus sceptique sur les modalités retenues et sur l'efficacité réelle de telles incitations.

¹ Les conseils régionaux de santé sont créés par l'article 25 du projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

Il est douteux en effet que des aides ponctuelles, d'un montant nécessairement limité, aient un impact notable sur les décisions d'installation des professionnels de santé. Des études récentes auprès de jeunes médecins ont d'ailleurs montré qu'une prime à l'installation de 50.000 francs par exemple ne serait pas suffisante pour inciter ceux-ci à s'installer dans une zone rurale.

A l'évidence, la question de l'installation et de la répartition des professionnels de santé sur le territoire ne se résume pas à une simple question d'incitation financière.

Votre commission observe en outre qu'une fois encore l'Etat choisit de faire financer par l'assurance maladie –par l'intermédiaire de ces fonds– une politique qui est pourtant de son ressort puisqu'elle porte à la fois sur l'accès aux soins et l'aménagement du territoire.

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

Section 2
-
Branche accidents du travail

Art. 19

Dotation du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Objet : Cet article a pour objet de fixer le montant pour 2001 et 2002 de la contribution de la branche « accidents du travail et maladies professionnelles » pour le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Par ailleurs, cet article ouvre au FIVA la possibilité de recruter des agents contractuels de droit privé.

L'article 53 de la *loi de financement de la sécurité sociale* pour 2001 a prévu que serait fixé, chaque année, par les lois de financement à venir, le montant de la contribution demandée à la branche AT-MP pour financer le FIVA.

Le **I** du présent article fixe ces montants pour l'année 2001¹ et 2002 conformément aux données financières exposées par votre rapporteur dans la troisième partie du tome I (*Equilibres généraux et assurance maladie*) du présent rapport.

Par ailleurs, le **II** du présent article complète le II de l'article 53 précité qui confère au FIVA le statut d'établissement public national à caractère administratif. A ce titre, le FIVA devait donc employer des agents publics sous statut ou sous contrat.

Le II déroge à ce principe en prévoyant expressément que le FIVA peut également employer des **agents contractuels de droit privé**.

Il précise que ces agents ne peuvent être embauchés que pour **l'accomplissement de missions précises**, à savoir exigeant une qualification

¹ Le FIVA a donné lieu au décret d'application n°2001-963 du 23 octobre 2001 (cf. Tome I).

particulière en matière « *d'indemnisation des préjudices ou des maladies professionnelles* ».

Par ailleurs, il impose à ces agents sous contrat de droit privé, des obligations en matière de **secret** et de **discrétion professionnelle** identiques à celles imposées aux agents de droit public sous statut.

Cet article a fait l'objet d'un amendement rédactionnel à l'Assemblée nationale.

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

Art. 19 bis (nouveau)

(article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

Extension de la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante aux personnels portuaires assurant la manutention

Objet : Cet article a pour objet d'étendre le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante à l'ensemble des personnels portuaires assurant la manutention de ce produit et non pas seulement aux ouvriers dockers professionnels.

Il convient de rappeler que l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998) a institué un **dispositif de cessation anticipée d'activité** en faveur des salariés victimes de l'amiante ou ayant travaillé au contact de ce matériau.

L'allocation de cessation anticipée d'activité est ouverte à deux catégories de salariés :

- ceux qui ont contracté une maladie professionnelle provoquée par l'amiante reconnus sur une liste fixée par arrêté ;

- ceux qui ont travaillé dans un établissement où étaient « *fabriqués des matériaux contenant de l'amiante* » : la liste de ces établissements ainsi que les dates de période de travail à risque sont fixées par arrêté interministériel.

Ensuite, l'article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (loi n° 99-1145 du 29 décembre 1999) a modifié l'article 41 précité afin d'étendre le dispositif aux secteurs du flocage et du calorifugeage à

l'amiante, de la réparation et de la construction navale et aux « *dockers professionnels* » dans les ports où ont été « *manipulés des sacs d'amiante* ».

Les opérations de manutention portuaire effectuées dans la chaîne du déchargement et chargement des marchandises sont effectuées en France conjointement par des **ouvriers dockers** employés par les entreprises privées de manutention portuaire et par des **personnels de conduite et de maintenance d'engins de manutention des marchandises** qui sont des personnels à statut de droit privé employés par les ports.

Cet article vise donc à intégrer dans le dispositif tous les personnels portuaires assurant la manutention portuaire, sans se limiter exclusivement aux ouvriers dockers professionnels.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité a souligné en séance publique qu'il ne s'agissait pas de modifier le champ des secteurs concernés par le dispositif mais de préciser l'intention initiale du législateur.

On notera que les conditions dans lesquelles cet article a été introduit dans le projet de loi ont entraîné un vif débat en séance publique à l'Assemblée nationale. En effet, cet amendement avait été initialement présenté par M. Claude Evin, au nom de la commission, suite à une initiative présentée par M. Jean Le Garrec. Cet amendement entraînant une augmentation des dépenses publiques n'aurait pas dû être discuté en séance publique suivant les règles appliquées par nos collègues à l'Assemblée nationale en matière de recevabilité des amendements.

Toutefois, le Gouvernement ayant déposé un amendement identique à celui de la commission, la commission des Finances à l'Assemblée nationale, chargée du contrôle de la recevabilité au titre de l'article 40 de la Constitution, a considéré que l'amendement de la commission était finalement recevable. Cette position de la commission des Finances a pour inconvénient toutefois de jeter un doute sur l'origine exacte, parlementaire ou gouvernementale, de l'amendement et, en outre, de créer une inégalité entre les députés au regard des règles de la recevabilité financière.

Pour sa part, votre rapporteur regrette l'instabilité juridique qui caractérise le *Fonds de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante* (FCAATA) depuis deux ans.

Le Fonds, qui avait été introduit par un amendement du Gouvernement, déposé en nouvelle lecture à l'Assemblée nationale en décembre 1998, a été modifié une première fois en décembre 1999 : on ne peut que s'étonner que le dispositif gouvernemental n'ait été conçu à l'époque que pour une seule catégorie de travailleurs salariés dans les ports, à savoir les ouvriers dockers professionnels. À l'époque, votre rapporteur, M. Charles Descours, avait souligné, dans son rapport écrit, que ce choix était restrictif

alors même que dans les établissements de fabrication de l'amiante, l'ensemble des salariés concernés était visé par le dispositif, ceci quelque soit leur statut professionnel.

Par ailleurs, il est surprenant que la représentation nationale soit invitée à s'engager sur une modification des critères juridiques d'accès au fonds sans disposer de plus d'éléments sur le nombre de personnels concernés et les conséquences financières de cette décision.

Toutefois, votre commission ne s'opposera pas à cet article qui rétablit une certaine équité entre les différentes catégories de travailleurs au contact de l'amiante dans les ports français.

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

Art. 19 ter (nouveau)

(article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

Extension de la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante aux dockers ayant manipulé de l'amiante

Objet : Cet article a pour objet de préciser que les travailleurs portuaires concernés par la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante sont, non seulement ceux qui travaillaient dans les ports où étaient manipulés des « sacs d'amiante », mais tous ceux qui travaillaient dans des ports où était manipulé ce produit d'une manière générale, que ce soit « en sacs ou en vrac ».

L'article 36 de la *loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (loi n°99-1145 du 29 décembre 1999)* a prévu que le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité soit ouvert aux ouvriers dockers professionnels qui cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils travaillent ou ont travaillé, au cours d'une période déterminée, dans des ports au cours d'une période pendant laquelle étaient manipulés des sacs d'amiante.

La liste de ces ports et, pour chaque port, de la période considérée comme période à risque, est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale, des transports et du budget. L'annexe à l'arrêté du 7 juillet 2000 (*publié au J.O. du 22 juillet 2000*) a fixé la liste des ports concernés.

Cet arrêté a été modifié par un arrêté du 12 octobre 2000 puis un arrêté du 1^{er} août 2001.

**Liste des ports susceptibles d'ouvrir droit
à l'allocation de cessation anticipée d'activité**

PORTS	PÉRIODES
Bastia	De 1959 à 1965
Bordeaux	De 1961 à 1994
Cherbourg	De 1968 à 1973
Dunkerque	De 1960 à 1993
Le Havre	De 1949 à 1981
Marseille	De 1957 à 1993
Rouen	De 1960 à 1974

Le présent article résulte de l'adoption d'un amendement déposé par le Gouvernement qui avait la même rédaction qu'un amendement identique présenté par la commission à l'Assemblée nationale (*cf. commentaire de l'article 19 bis ci-dessus*).

Il est à noter que cet amendement a fait l'objet d'une présentation quelque peu erronée lors du débat en séance publique : en effet, Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité a indiqué que devaient être concernées par la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, «*non seulement les personnes qui ont porté des sacs d'amiante, mais également toutes celles qui ont manipulé ce produit, d'une façon ou d'une autre, au cours d'opérations de chargement ou de déchargement.*».

Or, le dispositif du FCAATA n'a jamais prévu de **contrôle de la nature de l'activité effectuée par les personnes elles-mêmes**. Le simple fait d'appartenir à la catégorie professionnelle des dockers et d'avoir travaillé dans un des ports inscrits sur la liste fixée par arrêté entraîne une présomption de contact avec l'amiante et ouvre donc droit au bénéfice de l'allocation sur demande.

La modification proposée par le Gouvernement a donc des répercussions sur la fixation de la liste des ports dans lesquels l'amiante était transbordée. Au vu de l'exposé des motifs des amendements discutés à l'Assemblée nationale, il semble que l'amiante était « en sacs ou en vrac ». Le texte adopté en décembre 1999 qui ne faisait référence qu'à la manipulation en sacs était donc restrictif. Au vu des difficultés d'application du dispositif, le choix du Gouvernement semble donc de vouloir retenir simplement la notion de « *manipulation* » de l'amiante, qui suppose bien un contact direct du travailleur avec la matière incriminée, par opposition à la manutention de containers, pratiquée actuellement, qui permet en principe d'éviter tout risque pour les intéressés.

Dès lors qu'il s'agit d'ajuster un dispositif, à partir d'informations concrètes résultant de difficultés rencontrées sur le terrain, il est toutefois regrettable que le Gouvernement n'ait pas donné plus d'informations à la représentation nationale sur les conséquences de cet article, quant à la définition de la liste des ports et des périodes à risques ouvrant droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité.

On peut comprendre le choix qui avait été fait de fixer au niveau de la loi les critères d'accès à l'allocation de cessation anticipée d'activité plutôt que de renvoyer au pouvoir réglementaire le soin de le faire. Il reste que ce choix rend les opérations plus rigides lorsque doivent être opérés certains ajustements. En tout cas, le Parlement devrait être mieux informé des conséquences des rectifications demandées au niveau législatif par le Gouvernement lui-même.

La modification des dates des périodes d'exposition à l'amiante dans les ports concernés peut avoir des conséquences financières: en effet, l'âge auquel la personne concernée peut bénéficier de l'allocation résulte de la soustraction, de la date à laquelle la personne doit atteindre 60 ans du tiers, du nombre de jours de travail dans les établissements et au cours des périodes fixés par arrêté. Tout allongement de la période d'exposition au risque peut donc avoir des répercussions sur la date à laquelle des dockers professionnels et les autres ouvriers portuaires pourront partir en retraite anticipée.

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

Art. 19 quater (nouveau)

(article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

Cumul de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante avec un avantage de vieillesse

Objet : Cet article a pour objet de permettre le cumul de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante avec une pension de réversion ou une pension de retraite d'un régime spécial.

Le présent article, qui résulte de deux initiatives similaires de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales à l'Assemblée nationale et du Gouvernement, permet de réviser les conditions dans lesquelles l'allocation de cessation anticipée d'activité peut être cumulée avec d'autres revenus de remplacement.

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (*dernier alinéa du I*) a prévu que le bénéfice de l'allocation ne peut se cumuler

ni avec l'un des revenus de remplacement ou allocations mentionnés à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale (allocation de chômage et de préretraite), ni avec un avantage de vieillesse ou d'invalidité. (A contrario, l'intéressé peut cumuler cette allocation avec une rente d'accidents du travail, par exemple).

L'interdiction du cumul est apparue comme une disposition trop rigoureuse dans le cas de salariés bénéficiaires d'un avantage de réversion ou d'une pension de retraite servie par un régime spécial avant l'âge de 60 ans : cette mesure était relativement pénalisante pour des personnes titulaires d'une prestation viagère souvent de niveau modeste et qui étaient donc dans l'obligation de continuer à travailler sans pouvoir accéder à l'allocation du FCAATA (cf. commentaire de l'article 19 bis supra).

Cet article vise donc à permettre le cumul en précisant toutefois que le montant de l'allocation de cessation anticipée d'activité sera réduit à hauteur du montant de la pension concernée.

Par ailleurs, cet article procède à une légère rectification rédactionnelle sur l'alinéa relatif aux règles de non-cumul, en mentionnant expressément l'allocation de préretraite et l'allocation générale de cessation anticipée d'activité parmi les allocations ne pouvant donner lieu à cumul avec l'allocation prévue au titre du FCAATA .

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

Art. 19 quinquies (nouveau)

(article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

**Contrôle du Parlement sur le fonds de cessation anticipée d'activité
des travailleurs de l'amiante**

Objet : Cet article, introduit à l'initiative du rapporteur à l'Assemblée nationale, révisé les modalités de financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante et prévoit la transmission chaque année au Parlement du rapport du conseil de surveillance du fonds. Le Gouvernement s'en est remis à la sagesse de l'Assemblée nationale sur l'amendement introduisant cet article nouveau.

A l'origine, le III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait posé le principe d'un financement à la fois par l'Etat et par la branche « accidents du travail » du *Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante* (FCAATA) : il était ainsi

prévu qu'un arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget fixerait annuellement les montants de ces contributions.

On rappellera qu'à l'origine Mme Martine Aubry alors ministre de l'emploi et de la solidarité s'était placée dans l'hypothèse d'un financement paritaire du Fonds lorsqu'elle avait présenté le dispositif à l'Assemblée nationale.

Par ailleurs, l'article 41 précité instituait un conseil de surveillance chargé d'examiner les comptes et le rapport annuel d'activité du Fonds ainsi que de formuler, à **l'intention des ministres compétents**, toutes observations relatives au fonctionnement de celui-ci.

Depuis lors, les dispositions du III relatives au financement du Fonds ont fait l'objet de **deux ajustements** :

- tout d'abord, **en décembre 1999**, l'article 36 de la *loi de financement de la sécurité sociale pour 2000* a prévu que la part de l'Etat serait adossée à une fraction du produit des recettes sur les tabacs : il a ainsi été précisé que « *la contribution de l'Etat était constituée d'une fraction du produit du droit de consommation visé à l'article 575 du code des impôts (CGI) dans les conditions fixées par l'article 55 de la loi de finances pour 2000* ». L'article 55 précité indiquait que 0,43 % du droit sur les tabacs était affecté au FCAATA ;

- ensuite, **en décembre 2000**, l'article 16 (paragraphe II) de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a supprimé le renvoi à la loi de finances pour tirer les conséquences du transfert intégral des droits sur les tabacs au financement de la sécurité sociale. Il a donc été prévu que la participation de l'Etat au financement du fonds était égale à 0,39 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du CGI.

Le **I** du présent article réécrit intégralement le III de l'article 41 susvisé relatif au financement du FCAATA.

Les modifications apportées sont largement de nature rédactionnelle. En fait, le paragraphe III comprend seulement deux modifications de fond.

Concernant la contribution due par la branche AT-MP, il est prévu que celle-ci sera fixée chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Ce dispositif s'inspire à cet égard de celui qui a été mis en place pour le *fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante* par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Par ailleurs, afin d'améliorer l'information du Parlement, le présent article impose l'envoi aux deux Assemblées du rapport annuel du conseil de surveillance du Fonds.

Le **II** de cet article fixe le montant de la contribution à 200 millions d'euros pour l'année 2002. Votre rapporteur a présenté au tome I du présent rapport les évolutions financières du FCAATA.

Le dispositif proposé est effectivement de nature à introduire un peu plus de transparence dans un système qui s'est caractérisé jusqu'ici par une certaine opacité.

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

Art. 20

(articles 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 et L. 361-3, L. 431-2 et L. 434-1 du code de la sécurité sociale)

Levée de la prescription pour les maladies professionnelles liées à l'amiante et revalorisation des indemnités en capital

Objet : Cet article proroge, sans limitation de durée, la levée de la prescription en matière de reconnaissance des maladies professionnelles provoquées par l'amiante. Par ailleurs, il prévoit une revalorisation annuelle du barème forfaitaire des indemnités en capital versées aux victimes d'accidents du travail entraînant moins de 10 % d'incapacité en fonction de la progression des pensions de vieillesse. L'Assemblée nationale a complété cet article par une modification du délai de forclusion pour les actions en reconnaissance de faute inexcusable des employeurs et a amélioré le régime de l'assurance décès versée par le régime général de sécurité sociale aux ayants droit des victimes d'accidents du travail.

I – Le dispositif proposé

Le **I** du présent article lève définitivement la prescription en matière de reconnaissance de maladies professionnelles causées par inhalation de poussières d'amiante.

Depuis l'entrée en vigueur de l'article 40 de la *loi de financement de la sécurité sociale pour 1999*, la reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie doit obligatoirement être effectuée dans les deux ans qui suivent la date à laquelle la victime a été informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle. Auparavant, la date qui était prise en compte était celle de la première constatation de la maladie.

Toutefois, compte tenu de la progression des connaissances médicales et de l'instauration du nouveau dispositif de cessation anticipée d'activité, le II de l'article 40 précité avait prévu un régime particulier pour les personnes victimes d'affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante : pour ces dernières, les droits à prestations étaient rouverts dès lors qu'ils avaient fait l'objet d'une première constatation médicale entre le 1^{er} janvier 1947 et la date d'entrée en vigueur de ladite loi de financement de la sécurité sociale, soit le 27 décembre 1998.

En revanche, le III de l'article 40 précité avait prévu une limitation importante : les victimes de l'amiante ne pouvaient demander le bénéfice des dispositions plus favorables du II que dans les deux ans qui suivaient la publication de la loi c'est-à-dire jusqu'au 27 décembre 2000. L'article 35 de la *loi de financement de la sécurité sociale pour 2000* a prorogé d'un an, soit jusqu'au 27 décembre 2001, la levée de la forclusion en question.

Le présent article propose de lever définitivement toute forclusion. Il introduit ainsi une rupture par rapport au principe qui veut que toute reconnaissance d'une maladie professionnelle soit effectuée dans des délais raisonnables.

En l'espèce toutefois, la levée de la forclusion, à titre non plus temporaire mais définitif, semble justifiée dans la mesure où un mécanisme de reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie liée à l'amiante a été institué sans limitation de date pour les victimes demandant à bénéficier du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (*article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001*).

En tout état de cause, il convient de rappeler que les prestations, indemnités et rentes versées au titre des maladies professionnelles ne peuvent avoir un effet antérieur au dépôt de la demande.

Le **II** du présent article prévoit que le barème forfaitaire, qui sert au calcul des indemnités en capital versées aux victimes d'un accident du travail entraînant une incapacité de moins de 10 %, sera désormais revalorisé chaque année suivant le même taux de progression que les pensions de vieillesse.

Il est à noter que les accidents du travail entraînant une incapacité de plus de 10 % donnent lieu au versement de rentes, lesquelles sont également indexées sur la progression des pensions de vieillesse en application de l'article L. 434-17 du code de la sécurité sociale.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a introduit un paragraphe **I bis** visant à suspendre le délai de prescription pour l'action en faute inexcusable de l'employeur dans l'attente d'une décision définitive sur la reconnaissance du caractère professionnel d'un accident ou d'une maladie.

Le rapporteur à l'Assemblée nationale a indiqué que l'introduction de cette disposition visait à tirer les conséquences d'un arrêt de la Cour de cassation en date du 20 avril 2000 aux termes duquel l'introduction d'une action en reconnaissance du caractère professionnel d'une maladie ne suspendait pas le délai de prescription de l'action en constatation de la faute inexcusable d'un employeur¹.

C'est pourquoi le I bis de cet article complète le dernier alinéa de l'article L. 431-2 du code de la sécurité sociale qui prévoyait que la prescription opposable en matière de reconnaissance de la faute inexcusable ne pouvait être interrompue que par l'exercice d'une action pénale engagée pour les mêmes faits.

Enfin, l'Assemblée nationale a introduit, à l'initiative de Mme Hélène Mignon, un **III nouveau** supprimant l'article L. 361-3 du code de la sécurité sociale qui prévoit que le montant de l'indemnité pour frais funéraires, versée au titre des accidents du travail, est déduit de celui du capital-décès servi à tout ayant droit d'un salarié affilié au régime général de sécurité sociale.

Le rapporteur à l'Assemblée nationale a fait remarquer justement que les deux prestations avaient effectivement une finalité différente : le capital-décès versé par le régime général de la sécurité sociale a pour but de compenser, dans de brefs délais et pour une période limitée, la perte des ressources que procurait au foyer le salaire du défunt.

III – La position de votre commission

La mesure prévue au I *bis* appelle une observation.

Votre rapporteur souligne que l'existence des délais de forclusion en matière d'accidents du travail n'a pas pour objet d'exonérer les employeurs de toute forme de responsabilité mais vise à éviter toute forme d'instabilité juridique dans des domaines où les faits sont d'autant plus difficiles à établir que les plaintes sont tardives.

Il convient de rappeler en effet que la faute inexcusable est une faute particulièrement grave répondant à quatre critères cumulatifs : **gravité exceptionnelle** de la faute (violation des règlements de sécurité par exemple) ; caractère **volontaire** de la faute que ce soit par acte ou par omission ; l'employeur doit avoir **conscience du danger** auquel il exposait la victime ; **aucune cause justificative** telle qu'un événement extérieur, imprévisible et irrésistible ou l'intervention d'un tiers ne doit être de nature à expliquer la faute.

¹ Cour de cassation – Chambre sociale, n°98-18133, 20 avril 2000 M. Maxime Grange c/société Aluminium Pechiney et autres.

Le régime de la faute inexcusable n'a donc pas vocation à devenir le mécanisme de réparation « de droit commun » des victimes de maladies professionnelles.

Cela étant, dans le dispositif proposé au I *bis*, il n'y a pas levée définitive de la forclusion mais suspension du délai dès lors qu'est engagée une action en reconnaissance de maladies professionnelles. Cette suspension n'apparaît pas déraisonnable.

Bien entendu, le cas des victimes de l'amiante soulève un problème particulier dans la mesure où la levée des délais de forclusion, en matière de reconnaissance du caractère professionnel de la maladie, fait qu'il peut apparaître un délai important entre les faits à l'origine de la maladie et l'action contentieuse.

Il reste que, dans les cas où les juges ont été saisis de demandes tendant à la reconnaissance du caractère inexcusable de la faute commise par l'employeur d'une victime de l'amiante, ils ont considéré que la prescription biennale ne s'appliquait pas dans la mesure où les caisses d'assurance maladie concernées n'avaient pas diligenté l'enquête légale prévue en cas de maladie professionnelle grave par l'article L. 442-1 du code de la sécurité sociale¹.

Le présent article ne devrait donc pas entraîner en fait de modifications substantielles du régime juridique applicable aux victimes de l'amiante et à leurs employeurs.

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

¹ TASS Valence, 2 décembre 1998, Peyrard c/SA Pont-à-Mousson.

Art. 20 bis (nouveau)
(art. L. 411-2 du code de la sécurité sociale)

**Accidents de trajet survenus dans le cadre d'un groupement
d'employeurs**

Objet : Cet article, introduit à l'initiative de l'Assemblée nationale, avec l'avis favorable du Gouvernement, vise à ce que soit considéré comme un accident de trajet pris en charge au titre des accidents du travail, l'accident survenu pendant le trajet entre deux employeurs appartenant à un même groupement d'employeurs.

Les **groupements d'employeurs** sont régis par les articles *L. 127-1 à L. 127-9 du code du travail* : constitués sous la forme d'associations régies par la loi de 1901, ils ont pour but exclusif de mettre à la disposition de leurs membres des salariés liés à ces groupements par un contrat de travail. Les entreprises membres d'un groupement doivent être dans le champ d'application d'une même convention collective. Les employeurs occupant plus de 300 salariés doivent conclure un accord collectif particulier définissant les garanties accordées aux salariés du groupement.

Chaque salarié conclut un contrat de travail avec le groupement. L'entreprise utilisatrice, pour chaque salarié mis à sa disposition, est responsable des conditions d'exécution du travail.

Le présent article complète, à *l'article L. 411-2 du code du travail*, la liste des accidents de trajet qui doivent être considérés comme des accidents du travail.

Sont actuellement pris en compte les accidents entre la **résidence principale** ou assimilée et le lieu de travail, ainsi que les accidents entre celui-ci et le restaurant, la cantine ou **le lieu** où, d'une manière générale, **le travailleur prend habituellement ses repas**.

Cette liste sera donc complétée par les accidents survenus à l'occasion de trajets d'aller et retour entre deux employeurs d'un même groupement.

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

Art. 20 ter (nouveau)
(art. L. 434-2 du code de la sécurité sociale)
Majoration de la rente pour tierce personne

Objet : Cet article a pour objet d'étendre le bénéfice de la majoration pour tierce personne versée aux victimes d'accidents du travail présentant une incapacité permanente et totale, aux victimes atteintes d'un taux d'incapacité permanente inférieure à 100 %.

Toute victime d'un accident du travail entraînant une incapacité de plus de 10 % a droit au versement d'une rente. Aux termes de l'article L. 434-2 du code du travail, cette rente est majorée lorsque l'incapacité permanente est totale et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne.

La majoration correspond à 40 % du montant de la rente et ne peut être inférieure à montant plancher.

Le présent article prévoit que la majoration sera également ouverte dans les cas d'incapacité inférieure à 100 % en cas de nécessité du recours à une tierce personne: le taux minimum d'incapacité pris en compte sera fixé par décret.

Il est surprenant que cet amendement de la commission à l'Assemblée nationale, doublé en séance publique d'un amendement identique du Gouvernement, ne donne pas lieu à plus de précision. En particulier, le Parlement aurait pu être informé du niveau du taux minimum envisagé par décret qui, compte tenu des données disponibles sur les personnes concernées, devrait permettre de procéder à une évaluation plus précise du coût de la mesure pour la branche « accidents du travail ».

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

Art. 20 quater (nouveau)
(art. L. 434-8 du code de la sécurité sociale)
Bénéficiaires des rentes viagères pour les ayants droit

Objet : *Cet article, introduit par l'Assemblée nationale à l'initiative du Gouvernement, a pour objet d'étendre le bénéfice de la rente viagère versée aux ayants droit d'une victime d'accident du travail suivi de mort, au concubin ou à la personne liée par un pacte civil de solidarité à la personne décédée.*

I – Le dispositif proposé

Il résulte de l'article *L. 434-8 du code de la sécurité sociale*, que le conjoint d'une personne décédée à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle a droit à une rente viagère égale à 30 % du salaire annuel de la victime.

Cette disposition ne s'applique qu'aux conjoints mariés et non pas aux concubins. Le mariage doit avoir été contracté antérieurement à l'accident ou, à défaut, doit avoir une durée minimale de deux ans à la date du décès. Toutefois, cette condition de durée n'est pas exigée si un ou plusieurs enfants sont issus du mariage.

Le présent article a pour objet d'étendre ce dispositif à deux nouvelles catégories d'ayants droit : la personne ayant conclu un pacte civil de solidarité (PACS) avec la victime, ou la personne vivant en concubinage avec celle-ci.

Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité a souligné en séance publique la nécessité de rétablir un certain parallélisme avec le régime de l'assurance décès versée par le régime général de la sécurité sociale. Il est vrai, en effet, que l'article *L. 361-4 du code de la sécurité sociale* prévoit que le versement du capital, au titre de l'assurance décès, est attribué, le cas échéant, au conjoint survivant non séparé de droit ou de fait, aux partenaires auxquels le défunt était lié par un pacte de solidarité ou à défaut aux descendants.

Il est à noter que M. Claude Evin, avait déposé au nom de la commission un amendement encore plus large que celui présenté par le Gouvernement **puisque'il visait à supprimer la condition de durée de deux ans** aussi bien pour le mariage que pour le concubinage ou le pacte civil de solidarité. L'amendement du Gouvernement maintient, quant à lui, la condition de durée préalable de deux ans du lien entre la victime et son ayant droit.

II – La position de votre commission

Votre commission vous propose d'adopter un **amendement** tendant à supprimer cet article.

Il ne s'agit pas de rouvrir un débat sur le PACS, qui est en vigueur depuis la promulgation de la loi n° 99-944 du 15 novembre 1999, mais de constater que cet article va au-delà de l'esprit de la loi relative au PACS elle-même.

Au demeurant, la question que se pose votre commission concerne aussi bien le PACS que le concubinage qu'elle n'entend pas assimiler au mariage.

Le PACS ne saurait s'assimiler au mariage : c'est pourquoi la loi du 15 novembre 1999 ne prévoit qu'une seule mesure de réversion aux ayants droit portant sur le capital-décès versé au salarié dans le cadre du régime général de sécurité sociale (*article 9 de la loi du 15 novembre 1999, portant modification de l'article L361-4 du code de la sécurité sociale*). Mais il importe de souligner qu'il s'agit d'une **indemnité en capital**, visant à apporter un secours pour une durée limitée alors que, concernant les accidents du travail, il s'agit d'une rente versée jusqu'au décès du conjoint survivant.

S'il est possible de devenir un ayant droit titulaire d'une rente à vie en concluant un PACS ou en déclarant un concubinage, la question sera inévitablement posée de l'application de cette règle aux pensions de réversion prévues en matière de retraite, voire à l'allocation veuvage.

Il est à noter que la mesure proposée se rattache aux revendications émises en matière de réparation intégrale des dommages liés aux accidents du travail.

La Fédération nationale des accidentés du travail (FNATH) a organisé une manifestation le 29 septembre dernier en faveur de la réparation intégrale, et non plus forfaitaire, des accidents du travail.

Cette manifestation visait à mettre l'accent sur un certain nombre de revendications déposées par cette Fédération qui méritent certainement un examen attentif.

Mesures demandées par la FNATH au titre de la réparation intégrale des accidents du travail

- Revalorisation exceptionnelle de 10 % des indemnités versées aux victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles ainsi qu'à leurs ayants droit et leur indexation sur les salaires ;
- Suppression du seuil des 66,66 % d'incapacité pour bénéficier du système complémentaire des maladies professionnelles ;
- Calcul des rentes sur la totalité du taux d'incapacité ;
- Revalorisation du barème de capitalisation pour les incapacités inférieures à 10 % ;
- Relèvement des rentes de conjoint survivant et d'orphelins ;
- Suppression de la durée de mariage de deux ans exigée pour bénéficier d'une rente de conjoint survivant ;
- Attribution de la rente de conjoint survivant au concubin et personnes « pacsées » ;
- Attribution d'indemnités journalières égales au salaire net de la victime dès le premier jour d'arrêt de travail ;
- Indemnisation des préjudices extrapatrimoniaux (douleur, agrément, esthétiques, moral...) ;
- Généralisation à toutes les victimes du travail du système de cessation anticipée d'activité dont bénéficient les victimes de l'amiante.

Source : FNATH

M. Roland Masse, président de la commission spécialisée en matière de maladies professionnelles du *Conseil supérieur de la prévention des risques professionnels* a remis à Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité au cours de l'été 2001 un rapport qui lui avait été demandé sur « *la réparation intégrale des accidents du travail et des maladies professionnelles* ».

Ce rapport se prononce, en conclusion, « *pour une mise en place progressive et concertée de la réparation intégrale au sein de la branche AT-MP* » tout en indiquant que « *la mise en place de la réparation intégrale doit être progressive et menée dans une concertation aussi large que possible afin de préserver la spécificité historique de la réparation du risque professionnel* ».

A la suite des demandes présentées par le FNATH et du rapport précité, le ministère a donc mis en place un « groupe d'expertise » auquel devraient être associées les associations de victimes afin de présenter des propositions concrètes.

Votre rapporteur s'étonne donc de l'adoption de cet article nouveau qui préjuge des conclusions de ce groupe d'expertise.

Votre rapporteur observe enfin que, sous sa forme actuelle, le présent article devrait inéluctablement entraîner d'autres demandes : le conjoint titulaire d'une rente d'ayant droit au titre de l'accident du travail obtient une majoration au-delà de 55 ans ou s'il devient lui-même invalide (*dernier alinéa de l'article L. 434-8*). Certes, l'article n'étend pas cette majoration aux concubins ou aux « partenaires » d'un PACS, mais la revendication sera présentée à coup sûr au nom du principe d'égalité.

Il est préférable de bien analyser les coûts de la mesure et de présenter un dispositif « finalisé », et non pas un dispositif incomplet où l'on va découvrir chaque année qu'il manque toujours telle ou telle disposition pour parvenir peu à peu à l'égalité parfaite entre le mariage et le PACS ou le concubinage..., ce qui n'est pas tout à fait la conception de la société de votre commission.

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

Art. 21

(articles 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 et L. 176-1 du code de la sécurité sociale)

**Reversement forfaitaire à l'assurance maladie
au titre des sous-déclarations des accidents du travail**

Objet : Cet article propose de compléter le dispositif de reversement forfaitaire de la branche « accidents du travail » au profit de la branche « assurance maladie » du régime général au titre des maladies professionnelles non déclarées, par un système analogue de reversement forfaitaire au titre de la sous-déclaration des accidents du travail.

I – Le dispositif proposé

Il convient de rappeler que l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 (loi n°96-1160 du 27 décembre 1996) a institué à la charge de la branche AT-MP et au profit de la branche maladie un mécanisme de versement forfaitaire pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière au titre des affections non prises en charge (*art. L. 176-1 du code de la sécurité sociale*).

Le montant du reversement est fixé chaque année par décret après avis d'une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes.

Le présent article vise à instituer un versement forfaitaire complémentaire au titre des accidents du travail qui ne serait pas déclaré et qui ferait subir une charge indue sur la branche assurance maladie. Le montant de ce versement forfaitaire est évalué à un milliard de francs en 2002 (152,45 millions d'euros).

Le **I** et le **II** de cet article modifient l'article L. 176-1 du code ainsi que l'intitulé du chapitre correspondant afin d'intégrer la notion de versement forfaitaire au titre des accidents du travail. Le **III** de cet article assure une coordination et le **IV** indique le montant du versement prévu pour 2002.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Outre un amendement rédactionnel, l'Assemblée nationale a adopté un amendement à l'initiative de sa commission, afin de prévoir que le montant du versement forfaitaire, au titre des accidents du travail aussi bien que des maladies professionnelles, serait fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

Le dispositif est complété par la remise d'un rapport tous les trois ans au Parlement et au Gouvernement.

III – La position de votre commission

La question du reversement de la branche AT-MP au régime général qui figurait déjà dans l'ordonnance du 24 janvier 1996 n'appelle pas d'objection de principe.

Dans un rapport remis le 9 octobre 1997, M. Alain Deniel, conseiller maître à la Cour des comptes, président de la commission d'évaluation du versement annuel de la branche AT-MP à la branche maladie du régime général, soulignait qu'il était « *apparu au cours des auditions la confirmation, pressentie par l'administration, d'une certaine sous-déclaration des accidents du travail* ».

Il ajoute : « *même si les mécanismes de répercussion des déclarations sur les taux de cotisation sont plus complexes et donc plus nuancés que le pensent les chefs d'entreprise, ceux-ci n'en sont pas moins tentés d'adopter des comportements propres à limiter les déclarations d'accidents du travail dès lors que ceux-ci sont relativement bénins et ne se traduisent que par quelques jours d'arrêt de travail, pris en charge par l'assurance maladie* ».

Il indiquait par ailleurs : « *il n'en reste pas moins qu'en faisant l'hypothèse d'un taux de 10 % de sous-déclaration d'accidents du travail, très*

inférieur aux estimations précédentes, mais appliqué au coût moyen actuel des accidents du travail donc probablement surévalué, cette masse financière représenterait 1,6 à 1,7 milliard de francs ».

Votre rapporteur souligne néanmoins que le contexte d'évolution des dépenses de l'assurance maladie du régime général conduit à s'interroger sur les motivations qui animent réellement le Gouvernement en instituant un nouveau prélèvement sur la branche AT-MP.

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

Section 3

-

Branche famille

Art. 22

*(art. L. 112-25-4, L. 122-26 et L. 226-1 du code du travail,
L. 330-1, L. 331-8, L. 615-19-2 et L. 722-8-3 du code de la sécurité sociale)*

Création d'un congé de paternité

Objet : Cet article a pour objet de créer un congé de paternité de 11 jours complétant le congé légal de naissance.

I - Dispositif proposé

Le **I** du présent article crée un nouveau congé de onze jours consécutifs dans le code du travail, au sein de la section V, protection de la maternité et éducation des enfants.

Le délai dans lequel celui-ci pourra être pris sera fixé par décret mais cette période pourrait s'étendre, entre la naissance de l'enfant et ses quatre mois.

Le **II** coordonne au sein du code du travail le congé de paternité avec le congé d'adoption. Désormais, les deux parents pourront bénéficier de ce dernier dans les mêmes termes. Ce congé est majoré de onze jours et sa durée minimale, en cas de fractionnement entre les deux parents, est réduite de quatre semaines à onze jours.

Le **III** autorise le cumul du congé de paternité et du congé légal de naissance, alors que ce dernier ne peut se cumuler avec le congé de maternité pris par la mère, ou, en cas de décès de cette dernière, par le père.

Les **IV**, **V**, **VI** et **VII** insèrent le congé de paternité respectivement dans le statut général des fonctionnaires, de la fonction publique territoriale, de la fonction publique hospitalière et des militaires.

Le **VIII** modifie les principes généraux de la sécurité sociale (L. 1111 du code de la sécurité sociale) pour y faire figurer le congé de paternité.

Le **IX** soumet le montant des indemnités journalières perçues lors du congé de paternité à la CSG.

Le **X** insère le congé de paternité dans l'énumération du champ d'application des assurances sociales, à côté de la couverture des risques maladie, invalidité, vieillesse, décès, veuvage et maternité.

Le **XI** insère au titre III du livre III du code de la sécurité sociale un article nouveau (L. 330-1) précisant l'objet de l'assurance maternité et introduisant la notion de congé de paternité géré par la branche maladie « *pour le compte de la CNAF et contre remboursement* ».

Le **XII** prévoit un nouvel intitulé du titre III du livre III de la sécurité sociale « *assurance maternité et congé de paternité* » et crée une section IV comportant les dispositions relatives à l'indemnisation du congé de paternité : **non cumulable** avec l'indemnisation des congés maladie et d'accident du travail, assurance chômage ou solidarité. Le montant maximal de l'indemnité journalière est fixé par référence au le plafond de sécurité sociale, soit environ 14.950 francs par mois.

Le **XIII** coordonne le code de la sécurité sociale avec les modifications apportées au code du travail par le II.

Le **XIV** prévoit les règles d'incompatibilité du congé de paternité avec l'allocation parentale d'éducation et l'allocation de présence parentale, pour les salariés ainsi que pour les non-salariés.

Le **XV** fixe le principe d'un congé de paternité, dont les modalités d'application sont renvoyées au décret, pour :

- a) les travailleurs non salariés ou les conjoints collaborateurs,
- b) les professions libérales et les auxiliaires médicaux.

Le **XVI** coordonne les dispositions relatives aux prestations des régimes spéciaux (L. 711-8), fonctionnaires (L. 712-3) et militaires (L. 713-14) suite à la création du congé de paternité.

Le **XVII** insère un article additionnel dans le code rural afin de faire bénéficier d'une allocation les personnes suivantes :

- chefs d'exploitation ou d'entreprise agricole ;
- aides familiaux non salariés et associés d'exploitation ;
- à leurs conjoints non couverts par un régime maladie-maternité ;

- aux membres non salariés de toute société, quelles qu'en soient la forme et la dénomination, lorsque ces membres consacrent leur activité, pour le compte de la société, à une exploitation ou entreprise agricole .

Le **XVIII** prévoit les modalités d'indemnisation d'un exploitant de culture marine suspendant son activité pour bénéficier du congé de paternité.

Le **XIX** précise que l'indemnité du congé de maternité des marins est assujettie à cotisation retraite.

Le **XX** applique le congé de paternité à Saint-Pierre-et-Miquelon.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a modifié le présent article à trois reprises.

A l'initiative du Gouvernement, un amendement a porté la durée du congé, de onze à dix-huit jours en cas de naissance ou d'adoption multiple.

Deux amendements identiques, émanant l'un de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales et l'autre de MM. Prétel, Bur, Foucher et Blessig, prévoient que le congé d'adoption, modifié par le présent article, pourra débiter la semaine précédant l'arrivée de l'enfant au foyer.

Deux amendements identiques, émanant, d'une part, de Mme Marie-Françoise Clergeau et Hélène Mignon et, d'autre part, du Gouvernement, précisent, par un paragraphe XX bis (nouveau), que les pères d'enfants prématurés, dont la naissance était programmée ultérieurement au 1^{er} janvier 2002, auront droit au congé de paternité.

III - La position de votre commission

Lors de la Conférence de la famille du 11 juin 2001, le Gouvernement a annoncé son intention de créer un congé de paternité permettant de compléter le congé de naissance, de 3 jours ouvrables, par un congé de onze jours consécutifs.

Le dispositif aligne le congé de paternité sur le congé de maternité. L'ensemble des titres relatifs à ce dernier, dans les codes du travail et de la sécurité sociale, sont modifiés pour qu'y soit incluse la notion de congé de paternité.

Le Gouvernement¹ précise « *le congé de paternité est bien une prestation de la politique familiale. Mais ce n'est pas, au sens juridique du terme, une prestation familiale.*

« *Le choix a été fait en effet de caler la prestation servie sur l'indemnisation de mères au titre de la maternité, qui varie selon les régimes d'assurance maladie maternité. L'indemnisation du congé de paternité a donc la même nature juridique que celle du congé de maternité* ».

La formule retenue -celle d'une prestation servie par les régimes d'assurance maladie maternité- correspond notamment à la volonté d'étendre la parité au phénomène de la naissance, mais répond surtout à une difficulté pratique : la CNAF n'est aujourd'hui pas outillée pour verser des indemnités journalières, les prestations familiales étant des allocations forfaitaires ou différentielles.

Le Gouvernement n'a probablement pas voulu reproduire le choix de la couverture maladie universelle qui a vu les caisses primaires d'assurance maladie devoir gérer une prestation sous conditions de ressources, tâches pour lesquelles elles n'étaient pas outillées.

Il a, en outre, souvent été prétendu que le congé de paternité créait un nouveau droit de deux semaines de vacances : une telle affirmation est erronée. Les deux semaines n'étant en réalité constituées que des trois jours de congé légal, d'au mieux neuf jours de congé de paternité, et d'un week-end -les onze jours n'étant pas «jours ouvrables»- le congé, qui ne peut être fractionné, comprend au minimum un week-end...

Mme Ségolène Royal² justifie l'impossibilité que le congé soit pris en plusieurs fois en ces termes « *Nous avons été en effet soucieux de ménager les entreprises et d'éviter des fractionnements qu'elles auraient eu du mal à gérer* ».

Le choix fait par le Gouvernement de décaler le congé de paternité sur le congé de maternité implique la suspension du contrat de travail. Il est indéniable que la multiplication des suspensions du contrat de travail, liées au fractionnement des congés, peut s'avérer difficile à gérer.

Mais pour une entreprise, faire face à une suspension de onze jours s'avère autrement plus difficile lorsque le salarié n'est pas remplaçable notamment en cas de forte activité.

¹ Réponse du Gouvernement au questionnaire de la commission des affaires sociales, cf. annexe.

² Ségolène Royal, Assemblée nationale, 25 octobre 2001, journal officiel, p.669.

Votre commission souhaite formuler deux observations sur le congé proposé par le Gouvernement :

Le dispositif choisi exclut un public de fait.

Les cadres du secteur privé, si les entreprises refusent de compléter l'indemnité journalière, verront leur rémunération doublement amputée, d'une part, du fait du plafond de l'indemnité journalière, fixée par référence au plafond de sécurité sociale et, d'autre part du fait des méthodes d'imputation des jours de ce congé sans solde sur le salaire restant, si celle-ci est dégressive.

Pour leur part, les salariés du secteur public bénéficieront de l'intégralité de leur rémunération.

Enfin, la rigidité du dispositif -non fractionnable et pris dans les quatre mois de l'enfant- exclura de fait certains cadres ou techniciens dans l'impossibilité de s'absenter sur une période de onze jours consécutives, ces salariés disposant par ailleurs déjà de jours de congé nés des accords de réduction du temps de travail qui ne peuvent pas, souvent faute de disponibilité, être pris.

L'impact financier d'une telle mesure est manifestement surestimé.

Sans reprendre les considérations figurant dans l'exposé général de M. Jean-Louis Lorrain, votre rapporteur exprime ses plus grandes réserves sur le chiffrage réalisé.

Dans son avis, M. Jérôme Cahuzac¹, probablement bien informé, écrit « (...) des extrapolations peuvent être menées à partir du nombre de naissances, de la répartition de la population active et d'un taux d'utilisation analogue à celui des pays nordiques de 40 % pour les salariés et de 20 % pour les professions indépendantes. Le coût pourrait alors être de 700 millions de francs ».

L'exposé des motifs du présent article 22, comme celui de l'article 23 (ci-après), ne souffle mot d'une évaluation du coût de cette prestation, silence qui peu sembler paradoxal s'agissant d'un projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il doit donc être recouru aux documents rendus publics lors de la conférence de presse de Mme Elisabeth Guigou du 20 septembre 2001.

Auditionnée par votre rapporteur, Mme Jeanne Fagnani, chercheur au CNRS et conseillère à la CNAF, a fait part de ses réserves sur une telle projection. En effet, ni par ses conditions financières, ni par son accessibilité, ni par la culture du monde du travail qui l'environne, le congé de paternité en

¹ Jérôme Cahuzac, Assemblée nationale, rapport n°3319, p.98.

France ne saurait être comparé aux dispositifs analogues ayant cours dans les pays du Nord.

En conséquence, caler l'évaluation du coût prévisionnel de cette mesure sur ces pays se révèle hasardeux et se révélera probablement très surdimensionné au regard de la faible ampleur du dispositif retenu.

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

Art. 23

*(art. L. 223-1, L. 241-2, L. 612-1 du code de la sécurité sociale
et L. 732-13 du code rural)*

Financement du congé de paternité

Objet : Cet article a pour objet de mettre à la charge de la CNAF le financement du congé de paternité.

I - Le dispositif proposé

Le Gouvernement a décidé de faire du congé de paternité une prestation relevant du régime d'assurance maladie-maternité, mais il entend qu'elle soit financée par la branche famille.

A cette fin, le présent article organise le remboursement de la CNAF à la branche maladie.

Le **I** de l'article complète l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale qui énumère les missions dévolues à la Caisse nationale d'allocations familiales pour y ajouter ce remboursement.

Le 6° créé prévoit le remboursement du congé de paternité des professionnels du secteur privé, le 7° le remboursement du congé des fonctionnaires et le 8° celui des agents des régimes spéciaux.

Le **II** de l'article inscrit dans les ressources de l'assurance maladie le remboursement de la CNAF, au titre du congé de paternité.

Le **III** prévoit le remboursement du financement du congé de paternité au régime des non-salariés non agricoles.

Le **IV** prévoit le remboursement de ce congé à la caisse des non-salariés agricoles.

Le remboursement par la CNAF des indemnités journalières versées à l'occasion de ce congé est versé dans la limite du plafond de la sécurité sociale (14.950 francs mensuels).

L'Assemblée nationale a adopté, à l'initiative du rapporteur de la commission des Affaires culturelles familiales et sociales, **un amendement rédactionnel**.

II - La position de votre commission

Votre commission prend acte du choix fait par le Gouvernement de faire du congé de paternité une sorte de « jumeau » du congé de maternité.

Les conséquences de ce choix posent néanmoins de redoutables difficultés dans la présentation de la présente loi de financement de la sécurité sociale.

En effet, puisque la branche famille rembourse la prestation à la branche maladie, la dépense est un transfert, à l'instar de *l'Allocation vieillesse parents au foyer*. Or, le projet loi de financement présente, en 2002, pour la première fois, des objectifs de dépenses par branche, nets de transferts.

Indépendamment de cette réforme, le projet de loi inclut le coût du congé de paternité dans l'objectif de dépense de la branche famille et non maladie... alors même que sa qualité de transfert n'aurait pas dû l'y faire apparaître.

Il y a là gonflement de 700 millions de francs des dépenses de la branche famille et minoration d'autant des dépenses de la branche maladie.

Le présent dispositif soulève une difficulté supplémentaire, la CNAF rembourse à l'Etat une partie du coût du congé de paternité pour les fonctionnaires.

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

Art. 23 bis (nouveau)
(art. L. 544-6 du code de la sécurité sociale)

Suppression du délai de carence pour le bénéfice de l'allocation de présence parentale

Objet : *Cet article a pour objet d'assurer l'ouverture du droit à l'allocation de présence parentale (APP) au premier jour du mois civil où la demande est déposée.*

I - Le dispositif proposé

A l'initiative du rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, l'Assemblée nationale a introduit le présent article qui modifie l'article L. 544-6 du code de la sécurité sociale.

Le dispositif initialement prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 prévoyait que le premier mois de versement de l'allocation :

- pour les salariés, le mois civil suivant celui au cours duquel deux conditions sont remplies à savoir cessation d'activité ou activité à temps partiel dans le cadre d'un congé de présence parentale et nécessité de la présence parentale ou de soins contraignants attestée par le certificat médical ;

- pour les autres catégories, le mois civil suivant celui au cours duquel trois conditions sont remplies, à savoir dépôt d'une demande qu'elle qu'en soit la forme, cessation d'activité ou activité à temps partiel, et, enfin, nécessité de la présence parentale exigée pour les salariés.

Le mécanisme proposé par l'Assemblée nationale fait gagner généralement un mois dans la perception de l'allocation.

II – La position de votre commission

Le présent article s'inscrit dans une série de dispositions destinées à corriger les mécanismes de l'allocation de présence parentale, instaurée par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et dont le succès n'est guère patent.

En effet, au mois de juillet dernier, la CNAF faisait état d'un peu plus de 1.000 familles bénéficiant du dispositif. Si la tendance se confirme en année pleine l'allocation aura touché 20 % du public visé. De l'effort de

200 millions de francs prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, la dépense réelle pourrait être cinq fois moindre, soit de l'ordre de 40 millions de francs.

Tout en donnant un avis favorable à l'amendement proposé par le rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, le Gouvernement¹ a annoncé tout une série d'aménagements, relevant du décret et susceptibles de rendre l'APP plus attractive.

« Il est ainsi apparu nécessaire d'augmenter sensiblement le montant de l'allocation pour la porter à 5.247 francs nets, ce qui correspond à l'équivalent du SMIC net ; de réduire la durée minimale de perception de cette allocation pour la ramener de quatre à deux mois ; d'alléger les procédures de renouvellement pour éviter des formalités trop lourdes ; enfin, de supprimer le délai de carence. Grâce à ce travail d'ajustement, les familles auront plus facilement accès à cette allocation familiale très importante ».

L'allocation de présence parentale a repris l'allocation de présence familiale proposée par votre commission des Affaires sociales et adoptée par le Sénat², mais en a réduit sérieusement la portée puisqu'elle n'étend pas le droit à congé et à allocation, à l'accompagnement des proches malades autres que leurs enfants.

Construire des prestations nouvelles sur des bases trop restrictives condamne par avance leur succès : les modalités régissant le congé de paternité prévu par ce présent projet de loi porte en germe les mêmes risques.

Votre commission rappelle en outre que les ajustement ont un coût que la CNAF doit assumer : cette dernière gère des prestations représentant 15.000 règles de droit. La stabilité juridique a donc une grande importance en la matière. La modification continuelle des normes régissant les allocations engendre des coûts d'adaptation pour les services et des difficultés de lisibilité et d'accessibilité pour les usagers.

L'initiative de l'Assemblée nationale pose en outre une difficulté de non coordination.

Votre commission constate que, tel que rédigé, le premier alinéa de l'article L. 544-6 du code de la sécurité sociale ferait disparaître la seconde phrase qui dispose qu'« *En cas de changement de la durée d'activité restante, le montant de la prestation est modifié à compter du premier jour du mois civil suivant le changement* ».

¹ Mme Ségolène Royal ministre déléguée à la famille, à l'enfance et aux handicapés, Débat Assemblée nationale, 25 octobre 2001, Journal Officiel p.6699.

² Proposition de loi n° 132, session 1999-2000, adoptée le 15 juin 2000.

Ainsi, si un allocataire décide de passer d'un arrêt complet à un mi-temps, la loi ne précise plus à quel moment le montant de son allocation est revu.

Enfin, la cessation des droits n'est plus symétrique de l'ouverture puisque le second alinéa de l'article L. 544-6 du code de la sécurité sociale est conservé, soit « *L'allocation cesse d'être due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit cessent d'être réunies* ».

La non-coordination entre le mois de référence pour le début de perception de l'APP et celui de fin de versement ouvre, de fait, le bénéficiaire d'un mois d'allocation supplémentaire pour les familles.

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

Art. 24

Abondement du fonds d'investissement pour la petite enfance

Objet : Cet article affecte au fonds d'investissement pour la petite enfance une tranche supplémentaire de 1,5 milliard de francs, prélevée sur l'excédent 2000 de la branche famille.

I – Le dispositif proposé

Le fonds d'investissement en faveur de la petite enfance (FIPE) devait constituer une aide exceptionnelle permettant la solvabilisation ponctuelle de projets.

La création de structures d'accueil collectif pour la petite enfance est onéreuse, mais les besoins sont importants et les équipements inégalement répartis sur le territoire.

Coût de création d'une place en structure d'accueil collectif

Type de structure	Coût moyen par place créée
Crèche collective	147.900 F
Crèche familiale	37.700 F
Crèche parentale	42.100 F
Halte-garderie collective	82.300 F

Source : CNAF

Précédé par un inventaire des projets en quête de financement, le Gouvernement n'avait pris aucun risque quant au succès probable de la mesure. En effet, la CNAF elle-même indique¹ que « *les caisses d'allocations familiales ont commencé à travailler sur les dossiers et à informer leurs partenaires au cours de l'été 2000. Un recensement indicatif a été réalisé à ce moment* ».

Or, l'annonce lors de la Conférence de la famille du 15 juin 2000 de la création d'un tel fonds a généré un effet d'appel : des collectivités ou des gestionnaires associatifs qui n'estimaient pas jusqu'alors devoir ou pouvoir procéder à un tel investissement se sont ainsi portés candidats à une subvention. Mais leur dossier n'étant pas « bouclé », leur demande a finalement été jugée soit hors délai, soit irrecevable pour cause de manque de fonds, l'enveloppe initialement prévue étant intégralement engagée.

Dans le contexte d'une déception croissante de ces gestionnaires, ayant engagé des frais pour monter un projet et s'étant trouvés éconduits, le Gouvernement n'a pu refuser, lors de la Conférence de la famille du 11 juin dernier, une rallonge à ce fonds de 1 milliard de francs.

Or, en mai 2001, la CNAF disait devoir faire face à plus de deux milliards de francs de dépenses potentielles, excédant de 500 millions de francs l'enveloppe prévue par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, et représentant la moitié de la nouvelle enveloppe consentie.

L'inscription prévue en loi de financement est en définitive majorée de 500 millions de francs pour atteindre le même montant que la tranche accordée l'an dernier.

Le premier alinéa de cet article prévoit en conséquence que le compte de réserve, c'est à dire le fonds d'investissement en faveur des structures de la petite enfance, sera abondé de 1,5 milliard de francs.

Le second alinéa précise que ce montant est présumé financé par les excédents réalisés par la branche famille en 2000.

¹ Rapport d'information de MM. Charles Descours, Jean-Louis Lorrain et Alain Vasselle au nom de votre commission des affaires sociales (Les Fonds sociaux) n°382, session 2000-2001, p.247.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II La position de votre commission

Ainsi qu'elle l'avait fait l'année dernière, votre commission des Affaires sociales est satisfaite que les acteurs de la petites enfance soient soutenus et que leurs projets soient, au moins partiellement, solvabilisés.

a) Les modalités pratiques.

Les modalités d'application du présent article ont déjà fait l'objet d'une délibération du Conseil d'action sociale de la CNAF :

***Les propositions
faites par la commission d'action sociale
de la CNAF le 25 septembre 2001 relatives à l'utilisation du FIPE II***

1/ Les bénéficiaires :

- tous les gestionnaires de structures agréées (collectivités territoriales, associations,...)

2/ L'objet :

*- création de places,
- aménagement de locaux dans le but d'accroître le nombre d'enfants accueillis.*

3/ Le financement :

Dans tous les cas, l'aide est plafonnée à 80 % du montant de la dépense par place et à 10.500 € (68.875 francs) soit :

*a) 6.000 € (39.357 francs) par place créée ou pour le réaménagement,
b) plus 1.000 € (6.560 francs) pour les structures fonctionnant en multi-accueil,*

*c) possibilité de majorer :
de 1.500 € (9.839 francs) à 3.000 € (19.679 francs) de plus, par place, lorsque le projet permet de mettre en œuvre des caractéristiques de fonctionnement prioritaires :*

*- projet intercommunal,
- innovations particulières notamment pour les 2-3 ans, tels que les lieux et actions passerelles entre les modes d'accueil et l'école maternelle,
- l'accueil d'urgence.*

au moins deux de ces critères devront figurer au projet pour ouvrir droit à la majoration supplémentaire.

d) une majoration de 500 € (3.280 francs) par nouvelle assistance maternelle employée par une crèche familiale est attribuée à cette structure afin d'aider à l'équipement des assistantes maternelles de la crèche.

4/ La gestion des crédits complémentaires par les CAF :

L'enveloppe complémentaire de 152,449 M€ (1 milliard de francs) sera répartie entre chaque CAF.

Une enveloppe par CAF sera calculée à partir :

- de l'intégralité des crédits alloués au FIPE, soit 381,123 M€ (2,5 milliards de francs),

- du nombre de 0-3 ans non bénéficiaires d'un accueil collectif, ou de l'AFEAMA ou de l'AGED,

- et en tenant compte des engagements de crédits déjà notifiés à chaque CAF au titre de l'enveloppe initiale du FIPE (228,674 M€ ou 1,5 milliard de francs).

Cette enveloppe locale, disponible à compter du 1^{er} janvier 2002, est attribuée pour une durée d'un an. Au 31 décembre de chaque exercice, les crédits non consommés par les CAF seront centralisés à la CNAF qui procédera après bilan, s'il y a lieu, à l'attribution de nouvelles enveloppes limitatives aux CAF.

Pour quelques caisses, la dotation complémentaire est nulle du fait des montants de crédits déjà notifiés au titre de l'enveloppe initiale du FIPE. Mais pour tenir compte de la nouvelle aide à l'équipement des nouvelles assistantes maternelles dans le cadre de crèches familiales, ces CAF pourront solliciter la CNAF qui étudiera avec elles la possibilité de financer de telles aides sur l'enveloppe nationale constituée de crédits non utilisés.

Les CAF notifient aux porteurs de projets leurs décisions d'acceptation ou de rejet des demandes d'aides sur le FIPE. Il n'y a plus de validation préalable par la CNAF des dossiers retenus par les CAF.

5/ Le suivi :

Un tableau de bord sera adressé périodiquement à la CNAF avec la description des dossiers retenus par les Conseils d'administration des CAF.

b) Un aspect de la « créativité comptable¹ » gouvernementale

La mesure présentée par le Gouvernement vise à affecter une partie des excédents passés de la branche. Ainsi qu'il est expliqué dans le présent rapport², ces résultats sont inscrits dans un compte de report à nouveau.

Ces excédents apparaissent de manière structurelle dès lors que rien n'est fait pour assurer une indexation des prestations proche de l'évolution des ressources. L'écart se creuse donc naturellement entre des dépenses, dans leur majorité évoluant comme l'inflation, et des recettes d'autant plus dynamiques que la croissance est forte.

Ces excédents ont en réalité une vocation implicite : couvrir des déficits de la branche en cas de mauvaise conjoncture, synonyme de

¹ Créativité comptable du concept anglo-saxon « creative accounting » : marge de manœuvre laissée au comptable afin de présenter un résultat plus flatteur.

² Cf. Tome II Famille.

diminution des recettes, ou de permettre à la branche de financer un programme de relance des prestations familiales.

Cela étant, le montant des excédents inscrit dans le compte de report à nouveau de la branche s'accroît année après année, et, à ce titre, le conseil d'administration de la CNAF est favorable à l'instauration de mécanismes permettant, au moins en partie, son utilisation.

Le choix du Gouvernement d'utiliser la somme de 1,5 milliard de francs provenant de ces excédents n'appelait pas de commentaire particulier, dans un premier temps.

Toutefois, le montage finalement voté et appliqué pose pour sa part des difficultés considérables.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 dispose qu'il est créé au sein du Fonds national d'action sanitaire et social (FNAS) un autre fonds, le fonds d'investissement pour les crèches (FIPE). Ce fonds est financé par un compte de réserve abondé de 1,5 milliard de francs prélevé sur les excédents de l'exercice 1999.

En réalité, le compte de réserve et le FIPE sont une seule et même entité.

La loi précise que le FIPE est créé au 1^{er} janvier 2001. Or, pour permettre le transfert des excédents 1999 sur ce compte, c'est-à-dire le transfert du compte de réserve du fonds national des prestations familiales (FNPF) à ce compte de réserve spécifique au sein du FNAS, il a fallu créer ce compte, dans les documents financiers, avant son existence légale : le compte financier de l'exercice 2000 affiche à sa page 7 la situation de ce compte-fonds qui, en vertu de la loi, n'existe pas encore...

Cette difficulté n'est pas la seule. L'article 23 de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 précise en outre que pour chaque exercice les dépenses sont inscrites en dépenses exceptionnelles du FNAS et équilibrées en fin d'exercice par une dotation du FIPE.

Normalement, toute dépense exceptionnelle influe sur le résultat comptable de l'année où elles ont été réalisées. Ici, sous un prétexte de pluriannualité et d'affectation des résultats, les dépenses échappent à toute inscription comptable en loi de financement de la sécurité sociale.

Concernant l'inscription, le Gouvernement précise que « *dès lors qu'il s'agit d'une affectation du résultat, les sommes n'apparaissent pas dans les charges de l'exercice et donc dans les objectifs de dépenses* »¹.

¹ Réponse au questionnaire adressé par votre rapporteur.

Il y a manifestement confusion. En effet, le compte de réserve (FIPE) n'est pas le compte d'inscription des dépenses relatives au FIPE. Ces dernières sont inscrites en dépenses exceptionnelles. Ce n'est qu'ultérieurement que les sommes disponibles au sein du FIPE sont versées au FNAS pour équilibrer ce dernier. En résumé, **le prétexte de création d'un compte de réserve masque l'inscription d'une dépense certaine dans les comptes de la branche.**

Pour sa part l'argument d'une démarche pluriannuelle peut sembler séduisant mais est en réalité erronée. Le Gouvernement savait, au vu du recensement effectué par la CNAF dès l'été 2000, que la totalité du fonds serait engagée en quelques mois. En droits constatés, les dépenses devaient être inscrites en 2001.

Les crédits accordés au FIPE sont donc de véritables « ovnis » comptables : ils n'apparaissent jamais sauf dans un article qui ne trouve son miroir ni dans l'objectif de dépenses de la branche, ni dans les annexes, tout en étant retracé dans les comptes de la CNAF. Si le raisonnement du Gouvernement était suivi, il s'agirait d'ailleurs de « cavaliers » au sens de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale puisqu'ils n'influent ni sur les recettes, ni sur les dépenses, ni sur l'équilibre de la branche et de la sécurité sociale.

Ces dépenses qui sont bien des dépenses de l'exercice ne figurent pas en loi de financement. Le Gouvernement dispose ainsi d'un « angle mort » pour faire voter des mesures et des transferts sans détériorer, en apparence, le solde des branches de la sécurité sociale.

Or, les principes mêmes de la loi de financement de la sécurité sociale visent à soumettre au Parlement des objectifs de dépenses sincères. En 2002, selon le présent projet de loi, l'affectation des excédents de la CNAF atteindra 6,5 milliards de francs, sans qu'aucune annexe ne retrace l'évolution du compte de report à nouveau de la CNAF.

Interrogé lors de son audition par votre commission sur le principe de l'affectation des excédents d'une année précise, l'agent comptable de la CNAF est demeuré circonspect. Bien sûr, il est toujours possible d'afficher que ce sont les économies réalisées telle année qui permettent la dépense supplémentaire quelques années plus tard. Les excédents sont pourtant, depuis, mêlés avec ceux des années antérieures et postérieures.

Néanmoins, cette volonté d'affichage peut avoir des effets pervers -« *qui veut trop prouver ne prouve rien* » dit le proverbe- puisqu'interrogé sur l'affectation des excédents 2000 prévue par le présent projet de loi, l'agent comptable a lui même déclaré : « *n'être pas en mesure d'assurer que le résultat 2000, tel que diminué de 2,773 milliards de francs au titre de l'annulation des créances, permettait les prélèvements envisagés par le projet de loi de financement de la sécurité sociale (car) le résultat de l'exercice*

devait encore être diminué d'une somme de 185 millions de francs au titre du régime des prestations familiales agricoles. La prévision est susceptible d'être réévaluée de 3 millions de francs, réduisant l'excédent de l'exercice à 6,499 milliards de francs, niveau d'excédent alors insuffisant pour permettre le versement de 6,5 milliards de francs prévu par le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 »¹.

Si le Gouvernement avait procédé par une inscription de la dépense en loi de financement, le solde de la branche aurait été dégradé d'autant mais l'impact *in fine* sur le compte de report à nouveau -les excédents cumulés- aurait été le même.

La dotation du FIPE I et II de même qu'un transfert de 5 milliards de francs au fonds de réserve des retraites sont bien des dépenses de la branche, que l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale impose au Parlement de voter.

Le Gouvernement dissimule cette année 6,5 milliards de francs de dépenses de la branche famille, dissimulation utile, pour gonfler l'excédent affiché pour la branche.

En conséquence, votre Commission vous propose d'adopter un amendement visant à réintégrer en 2002 la dépense dans l'objectif de dépense de la branche.

Article additionnel après l'article 24

**Pouvoir de composition du conseil d'administration
de la Caisse nationale d'allocations familiales
quant à l'utilisation des excédents de la branche famille**

Objet : Cet article confère au conseil d'administration de la CNAF, où siègent les partenaires sociaux, un pouvoir de propositions quant à l'utilisation des excédents de la branche famille.

Le présent article additionnel prévoit que le conseil d'administration de la CNAF prend connaissance chaque année, lors d'une réunion se tenant avant le 15 juillet, de la situation des excédents cumulés de la branche.

Au cours de cette réunion, le conseil d'administration formule des propositions susceptibles d'être inscrites dans le prochain projet de loi de

¹ Audition de M. Philippe Frigerie, audition par la Commission des Affaires sociales, 17 octobre 2001.

financement de la sécurité sociale, dès lors qu'elles peuvent être financées dans de bonnes conditions du fait de la situation financière de la caisse et de l'état de ses réserves.

Le contenu de cette délibération est officiellement transmis au Gouvernement et au Parlement.

Les excédents de la branche famille figurent dans le compte de report à nouveau du fonds national des prestations familiales. Or, aujourd'hui, aucune trace de ces réserves n'est retracée dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale.

Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le Gouvernement procède à l'inscription de dépenses prétendument financées par l'affectation de ces excédents, hors de toute concertation avec les partenaires sociaux et les associations familiales.

L'objet du présent article additionnel est donc double : parfaire la visibilité du Parlement sur la situation des excédents de la branche famille et permettre aux partenaires sociaux et associations familiales, par le biais d'une consultation officielle, de faire connaître à la Représentation nationale ainsi qu'au Gouvernement les souhaits qu'ils formulent quant à l'affectation de ces excédents.

Votre commission vous propose d'insérer par voie d'amendement cet article additionnel.

Art. 25

**Poursuite de la prise en charge par la CNAF
des majorations de pensions pour enfant**

Objet : Cet article a pour objet, dans le cadre du transfert prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, de mettre à la charge de la branche famille 30 % du financement des majorations de pension pour enfant.

I - Le dispositif proposé

Le présent article propose de porter à 30 % le pourcentage des majorations de pensions pour enfant remboursées par la CNAF au Fonds de solidarité vieillesse.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Lors de la première étape du transfert en loi de financement pour 2001, votre commission des Affaires sociales avait rappelé les fondements des majorations de pensions pour enfants et les raisons de sa prise en charge par la branche vieillesse dont elle constitue une prestation puis son transfert au Fonds de solidarité vieillesse en 1994.

Elle avait mis en évidence que, loin de procéder à une clarification des comptes, l'objectif de ce transfert était de rééquilibrer le FSV privé de ses recettes elles-mêmes détournées pour financer les 35 heures.

Le schéma prévu par le projet de loi n'est en rien différent.

Votre rapporteur souhaite néanmoins rappeler, comme l'a fait M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille, dans l'exposé général¹, que la Cour des comptes a souligné les problèmes d'équité et de cohérence de la mesure tout en affirmant que « *le reclassement opéré par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a pour effet de « neutraliser » l'excédent de la branche, ce qui interdit d'améliorer les prestations proprement dites* ».

Votre commission était et reste extrêmement défavorable à ce transfert qu s'inscrit dans le vaste dispositif mis en place pour faire prendre en charge à la sécurité sociale une politique de l'emploi décidée par l'Etat.

Aussi, venant après l'amendement de clarification des comptes, épurés de tout transfert servant directement ou indirectement au financement des 35 heures, qu'elle vous a proposé à l'article 6, votre commission ne peut que, par coordination, proposer la suppression de cet article.

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

¹ Cf. Tome II famille.

Art. 25 bis (nouveau)

(art. L. 543-2 du code de la sécurité sociale)

Instauration d'une allocation différentielle de rentrée scolaire

Objet : Cet article a pour objet d'instaurer une allocation dégressive de rentrée scolaire atténuant les effets de seuil du dispositif actuel.

I – Le dispositif proposé

Pour les aider à faire face aux frais de rentrée scolaire, les familles les plus modestes reçoivent une allocation spécifique, l'allocation de rentrée scolaire.

Cette allocation était fixée en pourcentage de la base mensuelle d'allocation familiale, 20 % soit environ 450 francs.

Depuis 1994, l'allocation de rentrée scolaire a été constamment majorée d'un complément supérieur à 1.000 francs et financée par le budget de l'Etat. Lors de la Conférence de la famille du 7 juillet 1999, le Gouvernement a annoncé sa débudgétisation et sa prise en charge par la branche famille.

Lors de la rentrée 2001/2002, l'allocation et sa majoration ne forment plus qu'une seule et même prestation.

Or, cette prestation est sous condition de ressources. Pérennisée et augmentée, celle-ci se révèle très injuste.

La Cour des comptes, dans son rapport sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, se livre à une étude sur les prestations familiales sous condition de ressources. Afin de mesurer l'effet de seuil induit par les conditions d'attribution des prestations, la Cour rapporte le montant de l'allocation au montant du plafond de revenu ouvrant droit à cette dernière.

Effet de seuil de l'allocation de rentrée scolaire, avec et sans sa majoration¹
(en francs)

	<i>Montant de l'allocation</i>	<i>Revenu plafond</i>	<i>Effet de seuil en %</i>
<i>ARS 1 enfant</i>	437	12.060	3,6 %
<i>ARS et majoration 1 enfant</i>	1.600	12.060	13,2 %
<i>ARS 2 enfants</i>	874	14.848	5,8 %
<i>ARS et majoration 2 enfants</i>	3.200	14.848	21,5 %
<i>ARS 3 enfants</i>	1.311	17.626	7,4 %
<i>ARS et majoration 3 enfants</i>	4.800	17.626	28 %

Source : Commission des Affaires sociales d'après Cour des comptes

Votre rapporteur souhaite, au vu de ce tableau, formuler deux observations.

En raison de ses règles d'attribution, l'ARS pénalise les familles nombreuses car le montant de l'allocation est forfaitaire par enfant ouvrant droit alors que le plafond de ressource évolue plus lentement.

La refonte de l'ARS, élevée à 70 % de la BMAF, c'est-à-dire 1.600 francs par enfant, accroît fortement cet effet de seuil. Ainsi, au total, une famille venant à dépasser d'un franc le plafond de ressources perdait 3,6 % d'un revenu mensuel dans le cas de l'ancienne ARS si elle avait un enfant. Elle perd 28 % d'un revenu mensuel avec la nouvelle allocation majorée si elle a trois enfants scolarisés.

Ceci signifie qu'une famille se trouvant un franc au-dessus du plafond perdra l'équivalent de 28 % de son revenu mensuel. L'effet de seuil, contenu en germe dans l'ancien système, donne à présent toute sa mesure.

Ainsi, à l'initiative du Gouvernement, l'Assemblée nationale a adopté un dispositif tendant à créer un dispositif d'allocation différentielle pour les familles se trouvant au-dessus du plafond de ressources. Ses modalités seront déterminées par décret en Conseil d'Etat.

¹ Les montants et plafonds sont ceux retenus pour l'année scolaire 2001-2002.

II - La position de votre commission

Votre Commission constate que, si le Gouvernement ne le justifie pas en ces termes, c'est bien l'augmentation du montant de l'ARS qui rend nécessaire la modification proposée.

Bien sûr, cet effet peut être relativisé en rappelant que cette prestation n'est versée qu'une fois dans l'année, et donc, rapportée au revenu annuel, la pénalisation de cet effet de seuil semble moins importante.

Pourtant, il faut rappeler que le versement de l'allocation de rentrée scolaire intervient à un moment de l'année où les familles font face à de nombreuses dépenses, et pour couvrir les frais de rentrée scolaire. La perte de cette allocation pèse donc très lourd sur le budget des familles.

Votre commission souhaite en conséquence formuler deux observations.

En premier lieu, la majoration de l'objectif de dépenses de la branche famille ne semble pas tenir compte de l'enjeu. En effet, le montant initial de cet objectif de dépenses de 275,44 milliards de francs a été révisé à la hausse de 130 millions de francs à 275,57 milliards de francs.

Certes, les autres mesures influant sur cette augmentation pèseront sans nul doute assez peu. Néanmoins, en comparant ce montant aux 9,2 milliards de francs d'ARS prévus pour l'année 2002, il est peu probable que la nouvelle allocation soit généreuse. Représentant environ 1 % de l'allocation dont elle est censée corriger l'iniquité, il est peu probable que son effet soit perceptible.

En second lieu, la proposition du Gouvernement laisse une question en suspens. En effet, le montant de l'ARS est le même que l'enfant ouvrant droit à prestation soit à l'école primaire ou en dernier cycle de lycée professionnel, c'est-à-dire quel que soit le coût de la scolarité.

Or, la justification de la prestation est d'épauler financièrement les familles face aux coûts générés par cette scolarité. Non seulement injuste, l'ARS est déconnectée de la dépense qu'elle est censée compenser.

Plusieurs études conduites par des associations familiales ont, en août dernier, mis en évidence que le coût de la rentrée était de plus en plus élevé... mais que ce coût est fortement corrélé avec le cycle d'étude de l'enfant.

La modulation de l'ARS selon le cycle d'étude de l'enfant, qui a été souvent perçue comme une complication inutile dans le cadre d'une allocation d'environ 450 francs annuels, devient aujourd'hui une nécessité.

Aussi votre commission vous propose-t-elle d'adopter un article additionnel (*cf. ci-dessous*) prévoyant de moduler le montant de l'allocation de rentrée scolaire selon le cycle scolaire de l'enfant y ouvrant droit.

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

Article additionnel après l'article 25 bis
Modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire

Objet : Cet article a pour objet de moduler le montant de l'allocation de rentrée scolaire selon le cycle scolaire de l'enfant ouvrant droit à cette allocation.

Le présent article additionnel complète le premier alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale pour prévoir la modulation du montant de l'allocation de rentrée scolaire.

Aujourd'hui, cette prestation est forfaitaire et s'élève à 1.500 francs par enfant scolarisé.

Outre les effets de seuil qu'elle engendre, cette allocation versée sous condition de ressources ne répond que très imparfaitement à son objectif qui est de compenser le coût de la rentrée scolaire (*cf. commentaire de l'article 25 bis ci-dessus*).

Probablement surdimensionné pour un enfant en cycle primaire, son montant est insuffisant, voire très insuffisant, pour les classes les plus élevées et pour les cursus en lycées professionnels.

A juste titre, les associations familiales souhaitent, dans leur grande majorité, que cette allocation soit modulée pour répondre aux besoins des familles avec davantage de pertinence.

Votre commission vous propose d'insérer cet article additionnel par voie d'amendement.

Section 4

-

Branche vieillesse

Art. 26 A (nouveau)

(art. L. 351-10 et L. 351-10-1 du code du travail)

Instauration d'une garantie de ressources aux chômeurs de moins de 60 ans totalisant 40 années de cotisations vieillesse

Objet : Cet article élargit les conditions pour bénéficier de l'allocation spécifique de solidarité (ASS) et d'augmenter le niveau de l'allocation spécifique d'attente (ASA) pour les chômeurs en fin de droits ayant quarante années de cotisations d'assurance vieillesse.

I - Le dispositif proposé

Cet article a été introduit à l'Assemblée nationale **à l'initiative du Gouvernement.**

Le **I** de cet article insère un alinéa à l'article L. 351-10 du code du travail, disposant que les chômeurs en fin de droits et qui justifient, avant l'âge de soixante ans, d'au moins 160 trimestres validés dans les régimes de base obligatoires d'assurance vieillesse (soit quarante ans) ont droit à une allocation de solidarité spécifique s'ils justifient, à la date de la demande, de ressources mensuelles inférieures à un plafond correspondant à 85 fois le montant journalier de l'allocation (85,91 francs au 1^{er} janvier 2001) pour une personne seule (soit 7.302,35 francs) et 140 fois le même montant (soit 12.027,40 francs au 1^{er} janvier 2001) pour un couple.

Le **II** de cet article modifie et complète l'article L. 351-10-1 du code du travail, en fixant le montant de l'allocation spécifique d'attente (ASA) à 2.000 francs (305 euros). Les ressources prises en considération pour l'appréciation du montant de l'ASA ne comprennent pas les allocations d'assurance ou de solidarité, les rémunérations de stage ou les revenus d'activité du conjoint de l'intéressé, de son concubin ou de son partenaire, lié

à lui par un pacte civil de solidarité, tels qu'ils doivent être déclarés à l'administration fiscale.

II - La position de votre commission

Cet article est le fruit d'une âpre négociation au sein de la majorité plurielle. Il a le statut de « lot de compensation » au regard d'un amendement, initialement adopté par la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, qui attribuait la retraite à taux plein à toute personne bénéficiant de quarante années de cotisations. Un tel amendement, dont le coût serait de 3,81 milliards d'euros (25 milliards de francs), n'a pas été examiné en séance publique. Il devrait toutefois être repris sous la forme d'une proposition de loi du groupe communiste de l'Assemblée nationale.

L'objectif de l'article est consensuel : il s'agit d'un dispositif d'équité, permettant d'attribuer un « revenu équivalent retraite » aux chômeurs en fin de droits, ayant parfois travaillé très jeunes, mais n'atteignant pas encore l'âge de soixante ans.

Mais l'adoption de cet article relève d'une désinformation savamment entretenue et d'une gesticulation sans précédent.

Tout d'abord, il ne s'agit aucunement d'un dispositif nouveau.

Contrairement à ce qu'a affirmé à l'Assemblée nationale Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, (« *Il faut en tout cas trouver un nom avant la fin du débat* »)¹, il n'est nul besoin de chercher un « nom » pour ce dispositif, pour la simple raison qu'il existe déjà, sous la forme d'une loi de la République, la loi n° 98-285 du 17 avril 1998 ouvrant le droit à une allocation spécifique aux chômeurs âgés de moins de soixante ans ayant moins de quarante annuités de cotisations vieillesse².

Cette loi avait été adoptée dans les mêmes termes par les deux assemblées, après que M. Bernard Kouchner, alors secrétaire d'Etat à la santé, en première lecture au Sénat, eut invoqué l'article 40 sur un dispositif combinant une partie forfaitaire et une partie proportionnelle³.

¹ *JO Débats Assemblée nationale, 1^{ère} séance du 26 octobre 2001, p. 6712.*

² *Résultant d'une proposition de loi du groupe communiste, venant à la suite de plusieurs propositions de loi, présentées par des auteurs de tous les groupes politiques, et reprenant pour l'essentiel le dispositif adopté lors de la discussion, le 18 avril 1997, du projet de loi d'orientation relatif au renforcement de la cohésion sociale.*

³ *Le rapport n°256 (1997-1998) de M. Jean Madelain, fin spécialiste de cette question, expliquait de manière lumineuse les inconvénients d'une allocation strictement forfaitaire.*

Allocation spécifique d'attente

Applicable depuis le 1^{er} juin 1998, l'allocation spécifique d'attente (ASA) assure à ses bénéficiaires un complément de ressources, en attendant qu'ils puissent faire liquider leur retraite à taux plein. Le dispositif est régi par deux décrets n° 98-455 et n° 98-456 du 12 juin 1998.

Les catégories de bénéficiaires

Peuvent bénéficier de l'allocation spécifique d'attente les personnes âgées de moins de soixante ans :

- bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique (ASS),
- justifiant d'au moins 160 trimestres d'assurance vieillesse.

Une personne ayant droit simultanément à l'ASS et au RMI ne peut prétendre qu'à une seule allocation spécifique d'attente.

Le calcul de l'allocation

L'allocation spécifique d'attente est d'un montant forfaitaire mensuel de 1.750 francs (1.741,69 francs, après assujettissement à la CRDS). Le cas échéant, ce montant est majoré de telle sorte que les ressources du bénéficiaire atteignent 5.000 francs ; en pratique, cette majoration concernerait essentiellement les bénéficiaires du RMI isolés sans enfant.

Lorsque l'allocation spécifique d'attente complète l'allocation de solidarité spécifique, cette dernière est versée au taux majoré.

Le présent article se contente en effet d'élargir les plafonds de ressources de l'ASS, de revenir sur une interprétation discutable de la loi du 17 avril 1998 par le Gouvernement et d'augmenter le montant de l'ASA.

Si le Gouvernement souhaite modifier les plafonds de ressources de l'ASS, il lui est loisible d'utiliser la disposition résultant du quatrième alinéa de l'article L. 351-10, selon laquelle « *un décret en Conseil d'Etat fixe les mesures d'application du présent article et notamment la durée de cette allocation* ». « *Les conditions d'activité antérieure et de ressources* », mentionnées au premier alinéa de l'article L. 351-10, sont aujourd'hui précisées par décret.

L'interprétation discutable de la loi par le Gouvernement concerne le total des ressources attribuées aux bénéficiaires de l'allocation spécifique d'attente.

En effet, il avait été prévu à l'article unique de cette loi codifiée à l'article L. 351-10-1 du code du travail que « *le total des ressources des*

bénéficiaires de l'allocation spécifique d'attente ne pourra être inférieur à un montant fixé par décret ».

Le choix d'un pluriel (des « bénéficiaires ») plutôt que d'un singulier (« du bénéficiaire ») a été utilisé par les services chargés de l'application de la loi pour retenir une interprétation dont les conséquences financières ont été défavorables aux bénéficiaires de l'allocation.

En effet, il a été décidé de tenir compte **non seulement de l'ensemble des ressources personnelles de l'allocataire, mais également du foyer**, pour déterminer le montant de l'ASA : en d'autres termes, les ressources parfois modestes des conjoints des titulaires de l'ASA sont venues en déduction du montant de la nouvelle allocation.

Dès lors, si le Gouvernement souhaite mettre fin à l'interprétation inacceptable qu'il a lui-même apportée à la loi du 17 avril 1998, il peut faire paraître dès demain une nouvelle circulaire ; en effet, c'est par *la circulaire CDGEFP n° 98-22 du 24 juin 1998* relative à l'allocation spécifique d'attente¹ que le Gouvernement a entendu restreindre le champ d'application de cette réforme législative.

Celle-ci précise que « pour prétendre à une allocation différentielle de RMI, il faut justifier de ressources qui n'excèdent pas le montant du revenu minimum d'insertion déterminé selon la composition du foyer bénéficiaire. Aussi, les bénéficiaires de l'allocation de RMI sont supposés avoir des ressources, allocation de RMI comprise, équivalentes au montant du revenu minimum d'insertion. »

« Pour une gestion et un calcul simplifiés de l'allocation spécifique d'attente, le total des ressources prévu au premier alinéa de l'article L. 351-10-1 du code du travail est obtenu, dans le cas des bénéficiaires de l'allocation de RMI éligibles à l'allocation spécifique d'attente, en additionnant le montant du revenu minimum d'insertion applicable à leur foyer et celui de l'allocation spécifique d'attente. Dans les situations où l'allocation spécifique d'attente à son montant forfaitaire de 1.750 francs ne suffit pas à porter le total des ressources de son bénéficiaire au montant indiqué de 5.000 francs, elle doit être majorée de façon à l'atteindre. Les ressources des bénéficiaires du RMI éligibles à l'allocation spécifique d'attente sont ainsi prises en compte de manière identique pour le calcul de l'allocation de RMI et de l'allocation spécifique d'attente ».

En d'autres termes, le choix a été fait de retenir le montant théorique de l'allocation du RMI versée au foyer pour déterminer le montant final de l'ASA.

¹ BOMT n°98/14.

Or, si le conjoint du titulaire dispose de ressources propres, **le montant effectif de l'allocation** versée de RMI est nécessairement moindre que le montant du plafond théorique puisque l'allocation de RMI est une allocation différentielle.

Il existe certes une difficulté à conjuguer le principe d'une allocation personnelle, telle que l'ASA, avec un minimum social intégrant une dimension familiale tel que le RMI ; mais les modalités techniques d'application ne doivent pas avoir pour conséquence de pénaliser les bénéficiaires de l'ASA -qui ont cotisé, rappelons-le, pendant 40 ans au minimum à l'assurance vieillesse- au motif qu'ils sont mariés ou ont, le cas échéant, encore des enfants à charge.

Le Parlement, en adoptant dans les mêmes termes l'article 66 bis du projet de loi de modernisation sociale en cours de discussion devant les assemblées, article résultant d'un amendement de M. Alfred Recours, député de l'Eure, a entendu « rétablir » l'interprétation exacte de la loi : « *Le total des ressources de la personne bénéficiaire de l'allocation spécifique d'attente ne pourra être inférieur à 5 000 F* » ; **sur ce point, le présent article constitue une triple répétition législative.**

Si le Gouvernement souhaite en outre majorer cette allocation, il peut faire paraître séance tenante un texte au Journal officiel relevant le montant de l'ASA de 1.750 à 2.000 francs ; ce montant n'a pas été revalorisé depuis le décret n° 98-456 du 12 juin 1998¹.

Enfin, ce dispositif est inconstitutionnel et le Gouvernement en est parfaitement conscient.

Comme l'a reconnu Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité lors de son audition devant votre commission, cet article ne présente aucune conséquence sur l'équilibre de la branche vieillesse. L'extension du dispositif sera financé par le Fonds de solidarité, alimenté par la contribution exceptionnelle de solidarité et par une subvention de l'Etat. Cette disposition ressort ainsi du budget du ministère de l'emploi, et en aucun cas de la loi de financement de la sécurité sociale.

Le coup de théâtre allait venir le mardi 6 novembre au soir. Le Gouvernement a présenté un amendement au projet de loi de finances, adopté par l'Assemblée nationale, qui n'est ni une disposition « miroir », comme il en existe parfois entre loi de financement et loi de finances, ni une disposition « doublon », moyen d'échapper à la censure du Conseil constitutionnel en

¹ JO du 13 juin 1998.

faisant adopter *deux fois* par l'Assemblée nationale le même article¹, mais **une disposition... profondément différente**.

Cet article 70 *bis* nouveau remplace l'actuel article L. 351-10-1 du code du travail, résultant de la loi précitée du 17 avril 1998, par un « nouveau dispositif », instaurant une « allocation équivalent retraite » (AER). Ce « nouveau dispositif » prend ainsi la suite de l'allocation spécifique d'attente.

L'allocation se substitue pour les titulaires à l'ASS ou à l'allocation de revenu minimum d'insertion², ce qui n'était pas le cas de l'ASA. Elle peut également compléter l'allocation d'assurance chômage lorsque celle-ci ne permet pas d'assurer à son bénéficiaire un total de ressources égal à 877 euros (soit 5.752,74 francs).

Le total des ressources du bénéficiaire de l'AER, dans la limite de plafonds fixés par décret en Conseil d'Etat³, ne peut être inférieur à 877 euros. Les ressources prises en considération pour l'appréciation de ce montant ne comprennent pas les allocations d'assurance ou de solidarité, les rémunérations de stage ou les revenus d'activité du conjoint de l'intéressé, ou de son concubin ou de son partenaire lié à lui par un pacte civil de solidarité, tels qu'ils doivent être déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

Le coût de cette nouvelle allocation est estimé à 45,73 millions d'euros (300 millions de francs) en 2002.

Il appartiendra à votre commission des Finances, et à notre excellent collègue M. Louis Souvet, rapporteur pour avis de la commission des Affaires sociales, de se prononcer sur le fond de cette disposition.

Votre rapporteur se borne à observer qu'un tel mécanisme, en créant un « nouveau dispositif » fusionnant la combinaison ASS/ASA opérée par la loi du 17 avril 1998, « *pour mieux l'identifier par rapport à ses bénéficiaires (...) et pour en simplifier la gestion* » nécessitera des décrets d'application, qui ne pourront intervenir au plus tôt que début janvier 2002.

¹ Ce moyen a été utilisé l'année dernière pour « sauver » l'exonération de CRDS pour les chômeurs et les retraités.

² Ce qui aurait pour effet de supprimer leur droit à la couverture maladie universelle, leur garantie de ressource étant supérieure au plafond de la CMU.

³ Selon l'exposé des motifs de l'amendement du Gouvernement, l'allocation sera versée de façon dégressive jusqu'à un plafond de 9.000 francs pour une personne seule et 13.000 francs pour un couple.

Dans cette attente, soucieux du respect de la loi et de la Constitution, votre rapporteur ne peut que vous proposer de supprimer cet article : son adoption, qui modifie l'article L. 351-10-1 du code du travail, serait juridiquement contradictoire avec le dispositif adopté par l'Assemblée nationale, qui procède à une nouvelle rédaction de cet article.

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

Art. 26

(art. L. 351-11 du code de la sécurité sociale)

Revalorisation des retraites du régime général et des avantages alignés sur l'évolution prévisionnelle des prix

Objet : Cet article propose de revaloriser les pensions de retraite de 2,2 %.

I - Le dispositif proposé

Le présent article fixe la revalorisation des pensions de vieillesse à 2,2 %.

L'évolution des prix en moyenne annuelle est évaluée en prévision dans le rapport économique, social et financier, annexé au projet de loi de finances à 1,5 % en 2002. Cette évolution des prix avait été sous-évaluée de 0,4 % en 2001.

Compte tenu de ce rattrapage, une évolution des pensions sur les prix stricts aurait été de 1,9 %.

Le Gouvernement a majoré de 0,3 % ce chiffre au titre de la participation des retraités aux fruits de la croissance.

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

II - La position de votre commission

Cette disposition est longuement analysée par le rapport de M. Dominique Leclerc¹.

Votre commission rappelle que ce dispositif procède d'une triple insuffisance :

En premier lieu, il ne s'inscrit dans aucune perspective de long terme pour nos retraites.

La revalorisation est sans nul doute possible aujourd'hui dans un contexte caractérisé par une croissance forte des recettes et un rapport démographique favorable. D'aucuns la trouveront insuffisante car, de fait, la branche vieillesse du régime général affiche un excédent tendanciel de 9 milliards de francs pour 2002.

Mais, dans le même temps, le plan de financement du fonds de réserve des retraites (F2R) repose pour partie sur l'attribution des excédents de la CNAVTS à ce fonds.

Au vu des difficultés futures des régimes de retraite, et en l'absence de toute perspective de réforme, de toute indication sur l'ampleur de l'effort nécessaire et sur sa nature même, votre commission s'interroge sur les fondements de cet arbitrage gouvernemental.

Car cette revalorisation parfaitement fondée, voire insuffisante, souffre d'un grief majeur : elle ne s'inscrit dans aucune politique permettant de garantir les pensions qui seront versées demain.

En second lieu, ce dispositif intervient dans un contexte de vide juridique.

La loi du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale avait modifié les modalités de revalorisation des pensions.

Ce mécanisme institué pour 1994 était provisoire, prenant effet pour une durée de cinq ans.

L'année dernière, le Gouvernement n'a pas tranché entre l'indexation sur les prix et l'indexation sur les salaires à laquelle l'actuelle majorité s'était déclarée favorable lors de la campagne électorale de 1997.

Le Gouvernement a d'abord déclaré attendre la remise du rapport Charpin. Puis, il a encore repoussé l'élaboration d'un dispositif pérenne en la

¹ cf. Tome III du présent rapport, Assurance vieillesse.

renvoyant à une concertation sur les retraites, suivie de négociations après les « échéances électorales ».

Cette situation n'est pas satisfaisante car elle ne confère aucune garantie aux retraités qui se voient soumis chaque année, pour la revalorisation de leurs pensions, à l'arbitraire des décisions gouvernementales.

Enfin, votre commission s'interroge sur la revalorisation de la BMAF qui est seulement de 2,1 % en dépit des excédents considérables qu'affiche ou devrait afficher la branche famille.

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

Art. 26 bis (nouveau)

(art. L. 161-19 du code de la sécurité sociale)

Prise en compte des périodes de service national pour l'ouverture et le calcul des droits en matière d'assurance vieillesse

Objet : Cet article confirme la prise en compte des périodes de service national pour l'ouverture et le calcul des droits en matière d'assurance vieillesse dans les régimes du secteur privé.

I - Le dispositif proposé

Le présent article résulte d'un amendement de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales présenté par M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. En modifiant l'article L. 161-19 du code de la sécurité sociale, il permet d'assimiler la période de service national légal à une période d'assurance pour l'ouverture du droit et la liquidation des avantages vieillesse.

II - La position de votre commission

Cette disposition tend à mettre en conformité le droit avec la jurisprudence. Il semble que les caisses d'assurance vieillesse considéraient qu'il était nécessaire, non seulement de disposer d'une immatriculation, mais encore de verser des cotisations d'assurance vieillesse avant le passage sous les drapeaux, pour que le service national compte comme une période d'assurance.

La Cour de cassation, dans un arrêt de 1995, a considéré que l'immatriculation suffisait : ainsi, les étudiants, qui bénéficient en tant que tels d'un numéro de sécurité sociale, pouvaient faire valider leur service national, alors même qu'ils n'avaient pas travaillé auparavant.

Votre rapporteur ne peut ainsi qu'être favorable à une mesure qui s'apparente à une forme de codification. Il sera probablement nécessaire d'adopter une mesure identique pour le régime des exploitants agricoles, le code rural devant mentionner explicitement l'application de cette disposition.

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

Art. 26 ter (nouveau)
(art. L. 351-4 du code de la sécurité sociale)
Majoration de la durée d'assurance pour enfant

Objet : Cet article assouplit les conditions pour bénéficier de la majoration de durée d'assurance attribuée aux femmes ayant élevé un ou plusieurs enfants.

I - Le dispositif proposé

Le présent article résulte d'un amendement du Gouvernement.

Il modifie l'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale, en remplaçant la référence aux conditions fixées par l'article L. 342-4 du même code (*nombre d'enfants, durée pendant laquelle et âge jusqu'auquel les enfants à la charge du titulaire de la pension ou de son conjoint doivent avoir été élevés pour ouvrir droit à la majoration*) par la référence à un décret spécifique à la majoration d'assurance.

Cette majoration de durée d'assurance, permettant une validation gratuite d'annuités pour le droit à une pension de retraite, est aujourd'hui, pour le régime général et les régimes alignés, de huit trimestres par enfant.

Cette majoration n'est accordée qu'à la condition que la femme ait élevé l'enfant pendant au moins neuf ans avant son seizième anniversaire. Sont ainsi pénalisées les femmes ayant perdu un enfant avant son neuvième anniversaire et les femmes ayant adopté un enfant âgé de plus de sept ans.

Selon les propos en séance de M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, la majoration sera désormais calculée en fonction de la durée effective de prise en charge de l'enfant : un trimestre par année de prise en charge, avec un maximum de huit trimestres.

II - La position de votre commission

La majoration de durée d'assurance est un excellent exemple de l'hétérogénéité des règles régissant les régimes d'assurance vieillesse.

Cette majoration est de deux ans par enfant élevé dans le régime général et les régimes alignés. Mais elle ne joue que pour une partie de la retraite, une telle disposition n'existant ni à l'ARRCO, ni à l'AGIRC.

Dans les régimes spéciaux, à l'exception notable de la SNCF où cette majoration n'existe pas, elle est d'un an par enfant ; dans le régime de l'EDF, la majoration pour deux enfants est de trois ans, et augmente d'un an par enfant à partir du troisième. La majoration de durée d'assurance porte alors sur la totalité de la retraite, puisqu'il n'existe pas de régime complémentaire dans les régimes relevant du secteur public.

Le fait que cette majoration soit réservée aux mères de familles a suscité -au regard du droit européen- des interrogations du Conseil d'Etat, qui a saisi la Cour de justice des communautés européennes par la voie d'une question préjudicielle, et de la Cour des comptes¹.

Contrairement à la bonification de 10 %, prise en charge par le Fonds de solidarité vieillesse et la branche famille, cette majoration reste à la charge des régimes d'assurance vieillesse. Son coût a été évalué par l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS), pour l'année 1996, à 24,6 milliards de francs.

Dans le cadre d'une « réforme » des régimes de retraite, il serait souhaitable d'harmoniser entre les régimes les conditions de son versement. Dans cette attente, votre rapporteur ne peut qu'approuver cet aménagement de portée limitée.

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

¹ Rapport de la Cour des comptes sur la sécurité sociale (septembre 2000), p. 498.

Art. 26 quater (nouveau)
**Rapport sur l'accueil et l'hébergement
des personnes handicapées de plus de 60 ans**

Objet : Cet article nouveau prévoit un rapport au Parlement sur la situation des personnes handicapées vieillissantes et de leurs besoins en équipements d'accueil appropriés.

Cet article a été introduit par un amendement de Mme Nicole Catala voté à l'unanimité par l'Assemblée nationale avec un avis favorable du Gouvernement.

Votre commission se félicite de cette initiative et vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 26 quinquies (nouveau)
Rapport sur la politique en matière de pension de réversion

Objet : Cet article prévoit que le Gouvernement présentera en 2002 un rapport sur la politique à mener en matière de pension de réversion.

I - Le dispositif proposé

Le présent article résulte d'un amendement de MM. Germain Gengenwin et Yves Bur, demandant au Gouvernement de présenter en 2002 un « *rapport sur la politique à mener en matière de pension de réversion, et notamment la règle du cumul droits personnels et pension de réversion* ».

II - La position de votre commission

Le fait que cet amendement ait été adopté, malgré le double avis défavorable de la commission et du Gouvernement, montre l'état de désarroi de l'Assemblée nationale : l'assurance donnée par M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, que le Conseil d'orientation des retraites se pencherait sur cette question n'a pas suffi.

En effet, le Gouvernement ne s'est pas penché, depuis 1997, sur « *la politique à mener en matière de pension de réversion* ».

Cette politique nécessite tout d'abord d'harmoniser les règles entre le régime général, les régimes du secteur public et les régimes complémentaires de salariés.

Votre rapporteur se permettra de citer son propre rapport sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, portant sur l'assurance vieillesse¹ :

« Tous les régimes offrent des pensions de réversion aux veuves de leurs assurés mais la disparité des prestations est, en ce domaine, très étendue. Ceux-ci se divisent en deux groupes principaux.

« Les premiers, qui assurent une pension de réversion sous la seule condition du veuvage, sont les régimes du secteur public ainsi que, partiellement, les régimes salariés complémentaires (ARRCO, AGIRC).

« A l'inverse, le régime général réserve cette pension à ses assurés les plus modestes, en posant des critères de ressources et d'âge, dont l'étroitesse initiale a été progressivement élargie à compter de 1979.

Les pensions de réversion dans différents régimes

	Condition d'âge	Condition de ressources	Taux de remplacement	Avantages annexes
Régime général	55 ans minimum	plafond annuel : 2.080 fois le SMIC horaire	54 %	non
Secteur public et régimes complémentaires salariés	non	non	50 % pour la fonction publique 60 % ARRCO - AGIRC	secteur public : supplément de pensions pour enfants à charge

Source : rapport Charpin précité.

« Votre rapporteur souhaite, à la suite de la Cour des comptes, attirer votre attention sur la situation précaire des jeunes veuves de moins de 50 ans. Celles-ci représentent 16 % des effectifs. Si elles ne disposent pas de revenus suffisants, elles doivent aller chercher sur le marché du travail, dans une situation parfois très délicate, un emploi rémunéré en attendant d'atteindre la limite d'âge pour percevoir la réversion.

« Ces inégalités sont appelées à se creuser notamment en raison de la hausse du taux d'activité féminin.

¹ Rapport sur le PLFSS 2001, tome III, p. 24-25.

« Du fait de l'augmentation des taux d'activité féminin, les femmes disposeront plus fréquemment de retraites en propre à taux plein. En conséquence, elles dépasseront plus souvent le montant plafond de ressources qui les prive de l'accès à la pension de réversion. Les veuves de salariés du secteur public, dont les prestations de réversion ne sont pas soumises à des conditions de ressources, disposeront, en plus de leur propre pension, d'une réversion sur la retraite du conjoint décédé.

*« Votre rapporteur n'entend pas se livrer à un quelconque réquisitoire contre tel ou tel régime de retraite. **Il constate simplement que tant du côté des contributions que du côté des prestations, des inégalités existent entre les retraités.** Ces inégalités peuvent reposer sur des critères objectifs. La pénibilité de certaines catégories d'emploi doit être reconnue : ce peut être parfois, par exemple, une retraite plus précoce pour ces actifs. A l'inverse, le versement de pensions moins élevées est acceptable lorsque la cessation d'activité s'accompagne de revenus patrimoniaux plus élevés. Des commerçants cédant leur fonds de commerce sont dans cette situation.*

*« **Le système français de retraite doit tenir compte de la diversité des métiers, puisque son financement repose sur l'activité. Mais cette diversité ne doit pas servir de prétexte au maintien d'inégalités non fondées, et bloquer la mise en œuvre des réformes nécessaires** ».*

Cette politique « en matière de pension de réversion » nécessite également de régler le problème du financement de l'allocation veuvage, assurée par tous les salariés par une cotisation de 0,10 %. Elle nécessite de déterminer le taux « juste » de réversion, fixé aujourd'hui à 54 % de la pension du conjoint défunt. Elle nécessite enfin de se pencher sur le cumul entre les droits propres et la pension de réversion, cumul aujourd'hui fortement plafonné, sans que les bénéficiaires n'en comprennent toujours la logique.

En définitive, et malgré les bonnes questions posées par l'amendement de MM. Gengenwin et Bur, qu'apportera un rapport du Gouvernement sur cette question ?

Le temps des rapports, inmanquablement suivi du temps des reports, est révolu.

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

Art. 27

(art. L. 381-17, L. 381-18-1 nouveau, L. 721-1, L. 721-2, L. 721-3, L. 721-5 et L. 721-11-1 du code de la sécurité sociale)

**Achèvement de l'intégration financière du régime des cultes
au régime général de sécurité sociale**

Objet : Cet article modifie l'organisation du régime des cultes.

I - Le dispositif proposé

A l'image de l'organisation retenue pour le régime général (branche maladie-maternité-invalidité-décès), le présent article rattache le risque invalidité de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAMIVAC) à la branche maladie et maternité de ce régime. En effet, ce risque reste aujourd'hui attaché à la branche vieillesse de la CAVIMAC (*art. L. 721-1 à L. 721-18 du code de la sécurité sociale*).

Cette disposition permet également d'achever l'intégration financière de la CAVIMAC dans le régime général.

Le 1° du I de cet article modifie le titre de la section 4 du chapitre premier du titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale en ajoutant la mention de l'assurance invalidité.

Le 2° du I modifie l'article L. 381-17 du code de la sécurité sociale, relatif aux cotisations du régime.

Le *a*) unifie dans le 1° de cet article -le système distinguant jusque-là les titulaires d'une pension d'invalidité et les simples assurés du régime maladie et maternité-, les différentes cotisations personnelles, en précisant que ces cotisations, assises sur une base financière égale au SMIC, sont à la charge des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses.

Le *b*) fait de même, en modifiant le 2° de l'article L. 381-17 relatif aux cotisations également forfaitaires mises à la charge des associations, congrégations et collectivités religieuses dont relèvent les assurés.

Le *c*) supprime le dernier alinéa de l'article L. 381-17 qui prévoit la possibilité de répartir entre les associations, congrégations et collectivités religieuses le montant des cotisations.

Le 3° du I de cet article crée, à la section 4 du chapitre premier du titre VIII du livre III du code de la sécurité sociale, une sous-section 9 intitulée « Assurance invalidité » composée d'un nouvel article L. 381-18-1.

En vertu du premier alinéa de ce nouvel article, une pension d'invalidité est attribuée aux ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses affiliés à la CAVIMAC lorsque leur état de santé les met dans l'incapacité totale ou partielle d'exercer. Cette incapacité est médicalement constatée et révisée dans des conditions déterminées par décret.

Le deuxième alinéa renvoie à un décret les modalités de calcul du montant de la pension.

En vertu du troisième alinéa, cette pension d'invalidité est remplacée, à l'âge de soixante-cinq ans, par la pension de vieillesse servie par la CAVIMAC.

Le quatrième alinéa prévoit que la pension d'invalidité est majorée d'un montant fixé par décret lorsque le titulaire se trouve dans l'obligation d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. Il s'agit du mécanisme classique de la majoration pour tierce personne.

Les 4° à 9° du I du présent article sont des dispositions de coordination et tirent les conséquences du rattachement du risque invalidité à la branche maladie.

Le 4° remplace ainsi, à l'article L. 721-1, les mots « *le risque vieillesse* » à l'expression « *les risques vieillesse et invalidité* ».

Le 5° procède à une nouvelle rédaction de la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 721-2, qui énumère les compétences de la CAVIMAC. Ce champ est ainsi déterminé en quatre sections au lieu des cinq existantes : assurance maladie, maternité et invalidité ; assurance vieillesse ; action sanitaire et sociale ; gestion administrative.

Le 6° supprime, au 1° de l'article L. 721-3, les mots « *ou sur la pension mentionnée à l'article L. 721-9* ». Il s'agit de la suppression de la cotisation au régime d'assurance vieillesse de la CAVIMAC assise sur la pension d'invalidité anciennement servie par celle-ci.

Le 7° modifie le 3° de l'article L. 721-5 de façon à pouvoir attribuer une pension de vieillesse avant l'âge de soixante-cinq ans aux bénéficiaires de la pension d'invalidité créée par le présent article.

Le 8° modifie l'article L. 721-5-1 en substituant aux mots « *à l'article L. 721-11-1* » les mots « *à l'article L. 381-18-1* ». Il s'agit de faire référence à

la majoration de la nouvelle prestation d'invalidité attribuée lorsque le titulaire se trouve dans l'obligation d'avoir recours à une aide constante d'une tierce personne. Le cas échéant, cette majoration bénéficie aux titulaires de la pension de vieillesse servie par la CAVIMAC.

Le 9° abroge la section 3 du chapitre Ier du titre II du livre VII relative à l'ancienne pension d'invalidité.

Le **II** du présent article prévoit qu'une convention conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), la CNAMTS et la CAVIMAC, détermine les conditions dans lesquelles les réserves du fonds d'assurance invalidité actuel sont mises à la disposition de la CNAMTS. Cette disposition permet d'achever l'intégration financière de la CAVIMAC dans le régime général.

Le **III** de cet article prévoit l'application des dispositions du I à compter du 1^{er} janvier 2002.

Cet article a fait l'objet de deux amendements rédactionnels à l'Assemblée nationale.

II - La position de votre commission

Le régime des cultes a été marqué dans un passé récent par deux réformes¹ :

- la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 a procédé à l'intégration financière du régime d'assurance vieillesse de la CAMAVIC ;

- l'article 71 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a fusionné la CAMAC (chargée des risques maladie-maternité) et la CAMAVIC (chargée des risques vieillesse-invalidité) et a créé la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes (CAVIMAC) à compter du 1er janvier 2000. Celle-ci, à ce titre, a repris l'ensemble des missions dévolues aux deux anciennes caisses.

Aujourd'hui, la CAVIMAC compte des assurés relevant de huit cultes, dont 95 % ressortissants du culte catholique. Son importance financière est modeste (382 millions d'euros de dépenses prévues pour 2002, soit 2,5 milliards de francs). Les transferts de compensation démographique représentent 73 % de ses ressources.

¹ Votre rapporteur vous renvoie au rapport fort détaillé sur cette question de M. Denis Jacquat, n°3345, tome III, p. 41-42.

Le dispositif proposé conduit à une harmonisation utile entre le régime général et le régime des cultes et permet de poursuivre l'intégration financière de ce régime. Les pensions d'invalidité servies aux ministres des cultes représentent un enjeu financier très faible, compte tenu de la nécessité, pour y avoir droit, d'être dans une incapacité totale ou partielle d'exercer.

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

Article additionnel après l'article 27

(art. L. 134-2 du code de la sécurité sociale)

Suppression de la compensation spécifique entre les régimes spéciaux

Objet : Le présent article additionnel prévoit de supprimer la compensation spécifique entre les régimes spéciaux de salariés.

Pour corriger l'insuffisance de transferts de compensation généralisée vis-à-vis des régimes spéciaux, la loi du 30 décembre 1985 a institué une compensation supplémentaire spécifique aux régimes spéciaux qui s'ajoute à la compensation généralisée¹.

Le régime fictif des fonctionnaires de l'Etat et la CNRACL sont les deux principaux régimes débiteurs.

¹ Ces mécanismes sont amplement décrits par M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse, dans le tome III.

La compensation spécifique vieillesse

(en millions d'euros)

	1999	2000	2001	2002
RÉGIMES CONTRIBUTEURS				
Fonctionnaires	1.306,4	1.209,1	1.030,5	970,4
CNRACL	1.536,2	1.382,8	1.256,6	1.337,8
EGF	77,3	64,7	61,7	63,4
TOTAL en euros	2.919,9	2.656,6	2.348,8	2.371,6
TOTAL en francs	19.153,3	17.426,8	15.407,1	15.556,7
RÉGIMES BÉNÉFICIAIRES				
FSPOIE	217,6	205,3	189,1	197,6
CANSSM	1.520,7	1.385,1	1.229,4	1.237,7
ENIM	318,0	296,0	270,7	281,7
SNCF	666,3	592,9	503,6	497,0
RATP	16,8	13,9	10,5	9,4
CRPCEN	52,4	49,5	45,4	49,1
Banque de France	8,2	8,9	8,7	10,0
SEITA	35,7	33,9	31,7	32,4
CAMR	84,2	71,2	59,7	56,7
TOTAL en euros	2.919,9	2.656,7	2.348,8	2.371,6
TOTAL en francs	19.153,3	17.426,8	15.407,1	15.556,7

Structurellement excédentaire, la CNRACL est déficitaire du fait des transferts de compensation, ce qui l'a tout d'abord conduite, à partir de 1992, à utiliser les « réserves » qu'elle avait engrangées (une quinzaine de milliards de francs). Mais les réserves se sont épuisées, et il a fallu se résoudre -ce qui est ubuesque compte tenu du «résultat technique » de la Caisse- à recourir à l'emprunt.

La suppression de la compensation spécifique est clairement envisagée par MM. Yves Ullmo et Louis-Paul Pelé, chargés de réaliser une étude pour le compte du Conseil d'orientation des retraites.

« La compensation spécifique a peu de justifications... »

« De fait, la compensation spécifique a peu de justifications. Telle qu'elle fonctionne, elle met à la charge d'un régime des transferts pour d'autres régimes (mines, SNCF, marins...) qui par ailleurs sont équilibrés par une subvention de l'Etat. Sans homogénéité entre les régimes, il est difficile de mettre en place une compensation équitable, qui complète la compensation généralisée. Dans ce cas, il faudrait peut-être recourir à d'autres mécanismes de solidarité, du moins pour les régimes les plus atypiques ou les plus déséquilibrés démographiquement (mines, marins), dont l'équilibre pourrait être assuré par l'Etat ou par le FSV ».

Rapport de MM. Yves Ullmo et Louis-Paul Pelé, septembre 2001, p. 25.

La suppression de la compensation spécifique nécessiterait, afin d'équilibrer les régimes spéciaux aujourd'hui bénéficiaires, d'augmenter les subventions d'équilibre de l'Etat à ces mêmes régimes. Cependant, cette augmentation serait pour partie compensée pour le budget de l'Etat par la suppression parallèle de la « participation » du « régime » des fonctionnaires de l'Etat : ainsi, l'effet net sur les dépenses serait de 1.401,2 millions d'euros (environ 9,2 milliards de francs)¹.

Conséquences sur le budget de l'Etat de la suppression de la « surcompensation »

(en millions d'euros)

	2002
Augmentation de la subvention d'équilibre aux régimes spéciaux	2.371,6
Réduction des transferts de compensation du « régime » des fonctionnaires	- 970,4
SOLDE en euros	1.401,2
SOLDE en francs	9.191,0

Pour ces raisons, votre rapporteur vous propose d'abroger le deuxième alinéa de l'article L. 134-2 du code de la sécurité sociale, qui constitue le fondement de la compensation spécifique, ainsi que le troisième alinéa de cet article, qui découle directement du précédent.

Certes, le coût financier pour l'Etat n'est pas négligeable² ; mais n'est-ce pas le seul moyen de faire apparaître le véritable « coût » pour la solidarité nationale des régimes spéciaux ?

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

¹ Les conséquences sur le solde des administrations publiques sont nulles : l'augmentation nette des subventions d'équilibre est compensée par l'excédent retrouvé de la CNRACL.

² Pour des raisons de recevabilité financière, l'amendement de votre commission gage la perte de recettes pour les régimes spéciaux par la création d'une taxe additionnelle aux droits sur les tabacs.

Art. 28

(art. L. 245-16 et L. 135-7 du code de la sécurité sociale)

Alimentation du fonds de réserve pour les retraites

Objet : Cet article modifie la répartition du produit du prélèvement social de 2 % en faveur du Fonds de réserve pour les retraites et au détriment de la CNAV.

I - Le dispositif proposé

Le **I** de cet article modifie le **II** de l'article L. 245-6 du code de la sécurité sociale, qui fixe la clef de répartition du produit du prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement : le Fonds de réserve bénéficierait de 65 %, et non plus de 50 %, de ce produit, tandis que la part affectée à la CNAV passe de 30 à 15 %.

Le **II** de cet article est une mesure de coordination : il modifie le 5° de l'article L. 135-7 du code de la sécurité sociale, résultant de la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001, qui énumère les ressources du fonds de réserve des retraites.

Le **III** de cet article prévoit l'application des présentes dispositions à compter du 1^{er} janvier 2002 : seuls les produits notifiés au compte à partir de cette date font l'objet de cette nouvelle répartition.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission souhaite revenir à la répartition du produit du prélèvement de 2 % telle qu'elle résulte de la loi du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle¹.

¹ cf. commentaire de l'article 6.

En conséquence, le présent article, qui se contente d'augmenter, par pur affichage, les recettes du Fonds de réserve -puisque les excédents de la CNAV, que cet article a pour effet de diminuer à due concurrence, sont affectés à ce fonds- n'a plus lieu d'être.

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

Art. 29

**Transfert d'une part des excédents de la CNAV
vers le fonds de réserve pour les retraites**

Objet : Cet article prévoit le versement au fonds de réserve de 5 milliards de francs, prélevés sur l'excédent 2000 de la CNAV.

I - Le dispositif proposé

Le premier alinéa de cet article prévoit que la CNAV verse en 2002 une somme de 762 millions d'euros (5 milliards de francs) au Fonds de réserve pour les retraites. Il est indiqué que « *cette somme est prélevée sur le résultat excédentaire 2000 de la branche famille* », après affectation d'une fraction de celui-ci (228,67 millions d'euros, soit 1,5 milliard de francs) au FIPE, en « coordination » avec l'article 24.

Le second alinéa de cet article dispose qu'un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe la date à laquelle ce versement est effectué.

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

II - La position de votre commission

La branche famille n'en finit pas de voir ses comptes 2000 « revisités ».

Le pillage sur l'excédent que la CNAV a arrêté pour 2000 (9.458 millions de francs) s'effectue en trois temps.

Tout d'abord, elle doit prendre, en vertu de l'article 5, sa part de l'ardoise laissée par le FOREC : 2.766 millions de francs.

Son excédent est ainsi ramené à 6.692 millions de francs.

Cet excédent est ensuite affecté au FIPE, pour 1.500 millions de francs, puis au Fonds de réserve, pour 5.000 millions de francs.

Sur l'ensemble de ces mécanismes, votre rapporteur renvoie aux analyses de M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la branche famille¹.

Le « plan de financement » du Fonds de réserve des retraites, annoncé par le Premier ministre le 21 mars 2000 et revu par le ministère de l'emploi et de la solidarité le 2 mai 2001, ne mentionnait pas l'affectation des excédents de la branche famille. Ce versement reste d'ailleurs qualifié d'exceptionnel².

En tenant compte de la dette FOREC, les excédents de la branche famille sont affectés aux familles, à hauteur de 1,5 milliard de francs (23 %), et à « la solidarité intergénérationnelle » à hauteur de 5 milliards de francs (77 %). Une telle répartition se passe de commentaires.

Compte tenu de ce transfert proposé au mépris de la séparation des branches, **votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.**

¹ cf. tome II.

² cf. tableau des comptes du F2R, annexe f).

Section 5

-

Objectifs de dépenses par branche pour les années 2001 et 2002

Art. 30

Fixation des objectifs de dépenses pour 2002

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses par branche des régimes de plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres.

I - Le dispositif proposé

En vertu du 3° de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, le Parlement approuve les dépenses de la sécurité sociale, à travers la fixation des « *objectifs de dépenses par branche des régimes de plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres* ».

Ces dépenses correspondent aux opérations courantes des régimes, effectuées en métropole et dans les DOM. Elles recouvrent :

- les **prestations sociales** : il s'agit soit de prestations rendues obligatoires par la législation, soit de prestations extralégales (prestation d'action sanitaire et sociale), relevant de l'initiative de l'organisme gestionnaire ;

- les **prestations de services sociaux**, qui visent pour l'essentiel à abaisser le coût d'accès au système de soins de santé : il s'agit notamment de la prise en charge partielle des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux ;

- les frais de **gestion** engagés par les organismes de sécurité sociale ;

- les **transferts** entre régimes de protection sociale ;

- les **frais financiers** et les **autres dépenses**.

Par assimilation au régime général, quatre branches ont été retenues :

- la branche maladie-maternité-invalidité-décès ;

- la branche accidents du travail ;

- la branche vieillesse ;

- la branche famille.

Les comptes de la sécurité sociale, traditionnellement présentés toutes branches confondues, ont été éclatés pour satisfaire à cette décomposition en branches. Les règles comptables des organismes de sécurité sociale fluctuant d'un régime à l'autre, un certain nombre de conventions ont dû être adoptées :

- les dépenses de la **branche famille** sont pour l'essentiel celles de la CNAF, qui retrace déjà dans ses comptes l'ensemble des prestations légales servies par les différents organismes, ainsi que les charges annexes supportées par les organismes du régime général. Y sont ajoutés les frais de gestion administrative et d'action sociale de régimes agricoles pour la partie correspondant aux cotisations complémentaires familiales, ainsi que ceux du régime minier ;

- la branche des **accidents du travail** rassemble, outre les dépenses des fonds déjà existants (CNAMTS, salariés agricoles, Mines, FCAT, FCATA, Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales) les dépenses effectuées directement par les régimes d'employeurs, en contrepartie de cotisations dites « fictives » ;

- la définition d'une branche **maladie-maternité-invalidité-décès** pose un problème particulier.

Le régime général et les régimes alignés sur celui-ci rattachent les risques invalidité et décès au risque maladie. Dans ces régimes, les prestations d'invalidité sont servies par la branche maladie jusqu'à ce que les bénéficiaires atteignent 60 ans. Les pensions de vieillesse se substituent ensuite à celles-ci. Il n'en va pas de même des régimes spéciaux les plus importants, dans lesquels une pension d'invalidité peut continuer à être servie jusqu'au décès de l'intéressé. Le parti retenu a été de rattacher dans ce cas à la branche maladie les dépenses d'invalidité afférentes à des bénéficiaires de droits directs âgés de moins de soixante ans. Cette distinction sera rendue obligatoire avec la mise en place du plan comptable unique des organismes de sécurité sociale à partir du 1^{er} janvier 2002.

La **branche vieillesse** rassemble les prestations d'assurance vieillesse correspondant à des droits directs ou dérivés, les prestations d'assurance veuvage, et les prestations d'invalidité servies à des bénéficiaires de droits directs âgés de plus de soixante ans, ou des bénéficiaires de droits dérivés. Ces conventions sont identiques à celles utilisées pour déterminer les transferts de compensation entre régimes.

Le passage d'agrégats en *encaissements-décaissements* à des agrégats en *droits constatés* pose un véritable problème : la nature des variations entre 2002 et 2001 est difficilement analysable. Si la page 12 de l'annexe c) du projet de loi reconstitue une série 1999-2002, **celle-ci ne prend pas en compte les agrégats votés par le passé par le Parlement mais l'agrégat réalisé en 2000 et la prévision de réalisation pour 2001.**

Selon ces conventions, les objectifs de dépenses font apparaître une progression de + 4,0 %.

Objectifs de dépenses par branche du PLFSS 2002

(droits constatés en millions d'euros et en pourcentages)

	2000	%	2001	%	2002	%
Maladie - maternité - invalidité - décès	116.460	7,1	120.423	3,4	125.052	3,8
Accidents du travail	8.008	5,1	8.494	6,1	8.402	- 1,1
Vieillesse veuvage	126.772	3,5	130.866	3,2	136.089	4,0
Famille	38.525	3,8	39.849	3,4	41.986	5,4
Total dépenses	289.765	5,0	299.632	3,4	311.530	4,0

L'objectif de dépenses de la branche *accidents du travail* régresse (- 1,1 %). Cette variation semble résulter de la modification des conventions comptables.

L'objectif de dépenses de la branche *vieillesse veuvage* progresse à un rythme de 4,0 %.

Enfin, l'objectif de dépenses de la branche *famille* évolue de manière importante (+ 5,4 %). Cette progression ne signifie pas un effort particulier en faveur des familles, la revalorisation du calcul de la base mensuelle des allocations familiales étant inférieure à la revalorisation des pensions de base, mais s'explique par la charge nouvelle de 3 milliards de francs (majorations pour enfants) supportée par la branche.

Encore faut-il constater que l'objectif de dépenses de la branche *famille* est systématiquement surestimé depuis quelques années : ainsi, l'évolution en 2002 qui se réfère aux dépenses *estimées* pour 2001 et non pas aux dépenses *votées* pour 2001, traduit moins une progression en 2002 que les « économies » réalisées en 2001 par rapport aux prévisions.

II - Les modifications adoptées à l'Assemblée nationale

Contrairement aux années précédentes, où l'objectif de dépenses adopté par l'Assemblée nationale restait presque identique à celui proposé par le projet de loi initial, les modifications apportées représentent un total de 360 millions d'euros, soit près de 2,4 milliards de francs.

L'Assemblée nationale a majoré de 220 millions d'euros l'objectif de dépenses *maladie*, prenant en compte :

- les dépenses d'indemnisation des accidents thérapeutiques, par anticipation sur l'adoption du projet de loi relatif aux droits des maladies et à la qualité du système de santé (40 millions d'euros) ;

- la majoration de la dotation du régime d'assurance maladie au FMES pour 2002 (110 millions d'euros) ;

- la création de 600 places nouvelles pour les personnes atteintes d'autisme (20 millions d'euros) ;

- la mise en place d'un examen bucco-dentaire de prévention pour les enfants de 6 à 12 ans (50 millions d'euros).

L'Assemblée nationale a également majoré l'objectif de dépenses *vieillesse veuvage* de 20 millions d'euros afin de tenir compte de la suppression de la condition d'affiliation préalable pour la validation gratuite du service national par tous les régimes de base de retraite, à l'exception de ceux des fonctions publiques.

L'objectif de dépenses *accidents du travail* a été majoré de 130 millions d'euros, compte tenu de :

- l'intégration du nouveau régime AAEXA (assurance accidents du travail des exploitants agricoles) pour un montant de 120 millions d'euros ;

- l'adoption par l'Assemblée nationale d'un certain nombre de dispositions en faveur des accidents du travail et des victimes de l'amiante (10 millions d'euros).

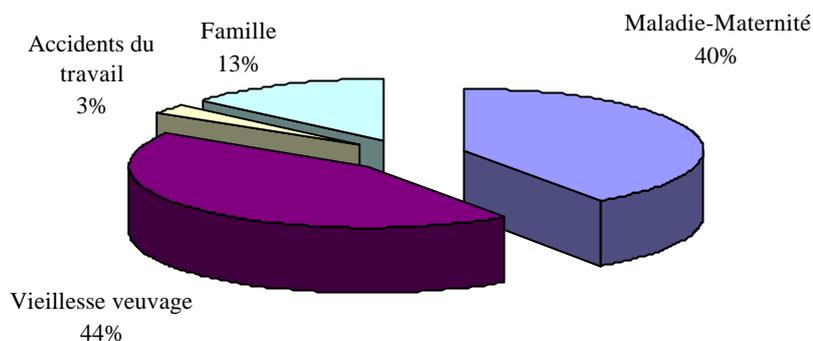
Enfin, l'Assemblée nationale a majoré l'objectif de dépenses *famille* de 20 millions d'euros afin de tenir compte de la réforme de l'allocation de présence parentale, de l'extension du congé de paternité aux pères dont les enfants sont prématurés, de la majoration du congé de paternité et du congé d'adoption pour naissances multiples et de la création d'une allocation différentielle de l'allocation de rentrée scolaire.

Objectifs de dépenses par branche du PLFSS 2002 modifié

(en milliards d'euros)

	PLFSS 2002
Maladie-maternité-invalidité-décès	125,27
Accidents du travail	8,53
Vieillesse veuvage	136,08
Famille	42,01
Total dépenses	311,89

Les dépenses du PLFSS 2002 adopté par l'Assemblée nationale



III- La position de votre commission

Votre commission analyse longuement l'évolution des dépenses des différentes branches dans les tomes I (*Equilibres généraux et assurance maladie*), II (*Famille*) et III (*Assurance vieillesse*).

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve de l'amendement de coordination qui résultera des votes précédemment émis par le Sénat.

Art. 31

Fixation des objectifs de dépenses révisés pour 2001

Objet : Cet article a pour objet de réviser les objectifs de dépenses par branche pour 2001, afin d'y inclure les mesures nouvelles résultant des dispositions du présent projet de loi.

I - Le dispositif proposé

En application du dernier alinéa du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, seules des lois de financement peuvent modifier des dispositions faisant partie de leur domaine obligatoire, dont les objectifs de dépenses par branche.

L'écart entre la prévision votée en loi de financement initiale et les prévisions d'exécution pour 2001 s'établit à + 14,6 milliards de francs (*cf. tableau ci-dessous*) :

**Dépenses par branche en milliards de francs
et encaissements/décaissements pour 2001**

	LFSS 2001	Prévisions d'exécution	PLFSS 2002
Maladie - Maternité - Invalidité	769,2	784,3	784,3
Vieillesse - Veuvage	830,4	830,8	830,8
Accidents du travail	56,2	56,5	57,9
Famille	277,1	275,9	275,9
Total des dépenses	1.932,9	1.947,5	1.948,9

D'un strict point de vue juridique, l'objectif de dépenses adopté dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 doit être révisé afin d'y inclure l'augmentation de 1,4 milliard de francs de la contribution de la branche accidents du travail au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante prévue, pour cet exercice, à l'article 19 du présent projet de loi.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, sur proposition de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, et en accord avec le Gouvernement, un amendement majorant de 1,3 milliards de francs l'objectif de dépenses de la branche maladie-maternité afin de prendre en compte les nouvelles mesures annoncées par le Gouvernement, notamment, la majoration de un milliard de francs de l'ONDAM applicable aux hôpitaux publics (*cf. tome I du premier rapport, deuxième partie*).

III - La position de votre commission

Une fois de plus, votre commission regrette que le Gouvernement n'estime pas nécessaire de déposer des lois de finances rectificatives en cours d'exercice.

S'agissant plus particulièrement de l'amendement adopté par l'Assemblée nationale en première lecture, votre rapporteur expose en détail, dans son rapport consacré à l'assurance maladie, l'appréciation de la commission concernant les mesures en cause.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sous réserve de l'amendement de coordination qui résultera des votes précédemment émis par le Sénat.

Section 6

-

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Art. 32

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2002

Objet : Cet article fixe à 112,77 milliards d'euros (739,72 milliards de francs) le montant de l'ONDAM en 2002.

I - Le dispositif proposé

Le présent article a été longuement analysé par votre rapporteur dans l'exposé général relatif à la branche maladie¹. Ne seront repris ici que les points essentiels de l'analyse.

Dans sa rédaction initiale, cet article prévoyait que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base serait fixé à 112,62 milliards d'euros pour l'année 2002, soit 738,74 milliards de francs.

Comme l'indique l'exposé des motifs « *pour la première fois, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé en comptabilité de droits constatés et non plus en comptabilité d'encaissements-décaissements.* »

La détermination de l'ONDAM en droits constatés implique le provisionnement des dépenses correspondant aux soins effectués au cours de l'année considérée et qui seront liquidées les années suivantes.

Comme l'explique le rapport de la Commission des comptes et comme l'a annoncé le Gouvernement, le montant de 112,62 milliards d'euros pour l'ONDAM 2002 « *correspond à une augmentation de 3,8 % des dépenses par rapport à un objectif 2001 recalculé en droits constatés et rebasé en fonction des prévisions actuelles de dépenses sur l'année 2001.* »

¹ Tome I du présent rapport.

Le rapport précise que le montant de l'ONDAM en droits constatés est supérieur de 350 millions d'euros, soit 2,3 milliards de francs au montant calculé en encaissements-décaissements.

Pour la troisième année consécutive, le taux de progression de l'ONDAM de l'année (n+1) est rebasé, c'est-à-dire calculé à partir d'une prévision de réalisation de l'ONDAM et non par rapport à celui voté.

II – Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Lors de l'examen du projet de loi en première lecture, l'Assemblée nationale a majoré ce montant de l'ONDAM 2002 afin de tenir compte d'un certain nombre de dépenses nouvelles liées à des mesures adoptées lors de l'examen de ce texte ou d'autres projets de loi.

Ces modifications ont eu pour effet de majorer cet objectif de 150 millions d'euros, soit 1 milliard de francs. Elles se décomposent ainsi :

- entrée en vigueur, au 1^{er} avril 2002, du nouveau régime des accidents du travail des exploitants agricoles (AAEXA) : majoration de l'ONDAM de 80 millions d'euros (525 millions de francs) ;

- doublement en 2002 des enveloppes du plan triennal destiné aux autistes et aux polyhandicapés : majoration de l'ONDAM de 20 millions d'euros (130 millions de francs) ;

- mise en place d'un examen bucco-dentaire pour les enfants de 6 à 12 ans : majoration de l'ONDAM de 50 millions d'euros (330 millions de francs).

Après son vote par l'Assemblée nationale en première lecture, le projet de loi fixe donc un ONDAM 2002 à 112,77 milliards d'euros, soit 739,72 milliards de francs.

III – La position de votre commission

Pour votre rapporteur, l'ONDAM 2002 apparaît bâti sur des hypothèses de croissance des dépenses irréalistes : il ne sera pas plus respecté que les précédents.

Le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale de septembre 2001 semble d'ailleurs partager cette analyse.

Evoquant le compte établi pour le régime général en 2002, le rapport indique que celui-ci ne peut être qualifié de « prévision » et qu'il s'agit d'un compte intermédiaire dont l'objet est de servir de référence à la préparation de la loi de financement de la sécurité sociale. Le rapport ajoute :

« Mais ce n'est pas tout à fait un compte tendanciel qui s'efforcerait de représenter les évolutions les plus probables en l'absence de mesures nouvelles puisqu'il est contraint sur certains points, dont le plus notable est l'évolution des dépenses d'assurance maladie. »

« En effet, une hypothèse déterminante concerne comme toujours les dépenses d'assurance maladie du champ de l'ONDAM qui sont supposées augmenter de 3,8 % en droits constatés, conformément à l'objectif proposé dans le projet de loi de financement.

Le rapport souligne à cet égard que « l'hypothèse retenue en matière de dépenses d'assurance maladie est particulièrement ambitieuse. L'objectif de 3,8 % fixé pour 2002, qui inclut le financement de la réduction du temps de travail dans les hôpitaux, correspond à un objectif inférieur pour les autres dépenses. Sa réalisation supposerait un freinage considérable par rapport à la tendance moyenne des deux dernières années, supérieure à 5 %. On rappelle que les objectifs fixés pour 2000 et 2001 ont été dépassés d'environ 2,5 milliards d'euros (soit 16 à 17 milliards de francs). »

Dans l'esprit du constituant et du législateur organique qui ont institué les lois de financement de la sécurité sociale, le vote de l'ONDAM ne correspondait certes pas à l'ouverture d'un volume limitatif de crédits : les assurés sociaux devaient pouvoir être remboursés de leurs dépenses en cas de dépassement de l'objectif voté par le Parlement.

Ce vote n'en avait pas moins une portée normative : en cas de dépassement prévisionnel de l'ONDAM, le constituant et le législateur organique avaient prévu que des lois de financement rectificatives devaient acter ce dépassement et proposer des mesures correctrices.

Or, depuis l'entrée en fonction de ce Gouvernement, aucun projet de loi de financement rectificative n'a été déposé devant le Parlement. Dans les projets de loi de financement annuels, le Gouvernement propose seulement au Parlement d'adopter un nouvel ONDAM, en « faisant comme si rien ne s'était passé », comme si les déficits ne devenaient pas des dettes. **Le vote du Parlement perd ainsi, année après année, un peu plus de signification.**

En cinq années, de 1997 à 2002, les dépenses dans le champ de l'ONDAM ont ainsi progressé d'au moins 140 milliards de francs -à supposer que l'ONDAM 2002 soit respecté-, soit une progression annuelle moyenne de 28 milliards de francs !

Constitué à l'origine sous la forme nécessairement d'un agrégat comptable, l'ONDAM est resté, cinq ans plus tard, ce même agrégat comptable. Dépourvu de tout contenu en santé publique, il est aujourd'hui un arbitrage comptable, inévitablement contesté, entre les contraintes financières de l'assurance maladie et le souci des pouvoirs publics d'apaiser les tensions que connaît notre système de soins.

Le Gouvernement reste ainsi incapable de justifier le contenu de l'ONDAM 2002 en distinguant l'évolution spontanée des dépenses, l'impact des dispositions figurant dans le projet de loi de financement pour 2002 et dans les lois de financement précédentes, le chiffrage des priorités de santé publique mises en œuvre.

Dans ce contexte et constatant que les dérives qu'elle avait soulignées l'année dernière se sont encore accentuées, votre commission a

pris, comme l'année dernière, la décision d'opposer une sorte de « question préalable » à l'ONDAM 2002, c'est-à-dire un rejet solennel.

Elle se déclare en effet hors d'état de prétendre qu'un ONDAM de 112,8 milliards d'euros permettra de soigner correctement les Français en 2002.

Elle se refuse enfin à engager l'autorité du Sénat en lui demandant d'approuver un objectif dont le Gouvernement s'empressera de s'affranchir quelques mois plus tard.

Votre commission a pris cette décision en connaissance de cause tant la dérive observée depuis cinq ans lui semble traduire le dévoiement de l'ONDAM et devoir être sanctionnée clairement ; ce n'est pas en effet seulement un « agrégat » qui dérive, mais avec notre système de soins et le débat démocratique autour de la sécurité sociale

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

Art. 32 bis (nouveau)

**Majoration de l'objectif national de dépenses
d'assurance maladie pour 2001**

Objet : Cet article porte à 710,3 milliards de francs le montant de l'ONDAM en 2001.

Le présent article résulte de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par le Gouvernement.

Il constitue pour ledit Gouvernement une sorte « d'épreuve de vérité » et symbolise plus que tout autre l'échec de la politique menée en matière d'assurance maladie.

L'article 55 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a en effet prévu que l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base serait fixé à 693,3 milliards de francs pour l'année 2001.

Votre commission avait l'année dernière rejeté cet ONDAM au motif qu'elle ne pouvait souscrire à un objectif dont on savait pertinemment qu'il ne serait pas respecté.

Les faits lui ont donné raison.

Le rapport de la Commission des comptes de septembre 2001 prévoyait une réalisation de l'ONDAM 2001 à 709,2 milliards de francs, en augmentation de 5 % par rapport à 2000. L'objectif fixé dans la loi de financement aurait ainsi été dépassé de 15,8 milliards de francs.

Toutefois, certaines des mesures votées par l'Assemblée nationale en faveur des hôpitaux ayant un impact en 2001, le Gouvernement a été contraint de faire adopter par l'Assemblée nationale cet article 32 bis, qui prend acte du dépassement de l'ONDAM 2001 et fixe, pour la première fois depuis l'institution des lois de financement de la sécurité sociale, un ONDAM révisé, donnant au projet de loi le caractère d'un projet de loi de financement rectificative.

L'article 32 bis majore le montant résultant des prévisions du rapport de la Commission des comptes d'un milliard de francs du fait de l'abondement de la dotation globale hospitalière pour porter finalement l'ONDAM 2001 à 710,3 milliards de francs.

Après le vote par l'Assemblée nationale du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, le dépassement de l'ONDAM 2002 s'élève ainsi **à près de 17 milliards de francs.**

Considérant que cet article se borne à prendre acte du dépassement enregistré en 2001, votre commission vous propose de l'adopter sans modification.

Section 7

-

Mesures relatives à la trésorerie, à la comptabilité et à l'organisation financière

Art. 33

*(art. L. 133-5 et L. 133-6 nouveaux et L. 242-3 du code de la sécurité sociale,
art. L. 118-6 du code du travail)*

Modernisation et simplification du recouvrement des cotisations sociales

Objet : Cet article a pour objet de simplifier les relations entre les usagers et les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale, notamment par le développement des déclarations sociales et du paiement des cotisations par voie électronique.

I - Le dispositif proposé

Le **I** insère un nouveau chapitre III bis, intitulé « Modernisation et simplification du recouvrement des cotisations de sécurité sociale », après le chapitre III (Recouvrement des cotisations et versement des prestations) du titre III (Dispositions communes relatives au financement) du livre premier (Généralités, dispositions communes à tout ou partie des régimes de base) du code de la sécurité sociale.

Ce nouveau chapitre est destiné à accueillir deux nouveaux articles, à savoir :

Art. L. 133-5 du code de la sécurité sociale

Modernisation et simplification des formalités au regard des entreprises

En premier lieu cet article autorise la transmission par voie électronique des déclarations sociales (**premier alinéa**).

Il s'agit de toutes les déclarations que sont tenus d'adresser aux organismes de protection sociale les cotisants, qu'il s'agisse des entreprises ou

des autres employeurs (personnes physiques ou morales) : déclaration d'embauche (*art. L. 320 du code du travail*), déclaration de salaires, déclarations de revenus professionnels, déclarations d'accidents du travail, etc...

Les organismes concernés sont les organismes gérant des régimes de protection sociale relevant du code de la sécurité sociale (régime général, non salariés, régimes complémentaires de retraite...) ou du code rural (MSA), les caisses de congés payés (*art. L. 223-16 du code du travail*) et les ASSEDIC (*art. L. 351-21 du code du travail*).

Le premier alinéa de cet article précise que ces déclarations peuvent être télétransmises, soit directement à chacun des organismes concernés, soit à un organisme spécialisé, désigné par les organismes de protection sociale et agréé par l'Etat.

L'organisme qui sera désigné pour remplir cette fonction existe déjà. Il s'agit d'un groupement d'intérêt public (GIP) dit de « modernisation des déclarations sociales » (MDS). Le GIP-MDS a été créé le 21 mars 2000 par l'ACOSS (représentant les URSSAF), l'AGIRC, l'ARRCO, la CNAV et l'UNEDIC. Il regroupe également les principaux autres régimes obligatoires, à commencer par la CNAM et la CANAM, les grands acteurs de la prévoyance collective (FFSA, FNMF, FMF...) et les organisations patronales (MEDEF, CGPME, UPA, FNSEA).

Le budget d'investissement du GIP pour 2002 est de plus de 120 millions de francs.

Le **deuxième alinéa** de l'article L. 133-5 prévoit que l'accusé de réception des déclarations effectuées par voie électronique est établi dans les mêmes conditions, c'est-à-dire par voie électronique. Cette disposition garantit donc la validité d'un acte administratif dématérialisé.

Le **troisième alinéa** encadre la montée en charge du système de télédéclaration puisque la liste des déclarations incluse dans ce système et la date de leur mise en ligne seront fixées par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le **quatrième alinéa** dispose que les cotisants pourront bénéficier d'un service d'aide à l'élaboration des déclarations sociales relatives aux salaires versés, mais aussi à l'élaboration des bulletins de paie (tels qu'ils sont définis à l'article L. 143-3 du code du travail et non à l'article L. 243-3 comme le mentionne par erreur le projet). Ces services seraient confiés au même organisme interface, c'est-à-dire au GIP-MDS.

Le **cinquième et avant-dernier alinéa** de l'article L. 133-5 nouveau autorise les organismes de sécurité sociale et l'organisme interface à recueillir et conserver auprès des entreprises le numéro national d'identification des

personnes physiques (NIR) des salaires déclarés. Il s'agit donc d'une dérogation à la loi du 6 janvier 1978 « informatique et libertés » qui restreint l'utilisation du NIR.

En outre, l'alinéa précise que le traitement du NIR se fera dans des conditions sécurisées fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Le **dernier alinéa** de l'article L. 133-5 concerne un autre volet du service aux cotisants : le télèrèglement, c'est-à-dire le paiement à distance. Il subordonne l'utilisation du télèrèglement à une inscription préalable au service de télèrèglement. Cette inscription permet ensuite d'effectuer des paiements en même temps que des déclarations lorsque la déclaration doit être accompagnée du paiement de cotisations.

Art. L. 133-6 du code de la sécurité sociale
**Modernisation et simplification des formalités
au regard des travailleurs indépendants**

Cet article a pour objectif de faciliter les relations entre les travailleurs indépendants et les organismes chargés du recouvrement de leurs cotisations sociales en mettant à la charge de ces derniers un devoir d'information de coordination pour le recouvrement des cotisations impayées.

Les cotisations concernées sont les cotisations d'assurance maladie et maternité et d'allocations familiales des non salariés non agricoles (*premier alinéa de l'article L. 131-6 du code de la sécurité sociale*), les cotisations d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles ou commerciales (*même article*), les cotisations d'assurance vieillesse des professions libérales (*art. L. 642-1*) et les cotisations d'assurance décès et invalidité des avocats (*art. L. 723-6*). En conséquence, les obligations instituées par l'article concernent des organismes comme l'ACOSS, la CANAM, la CANCAVA, l'ORGANIC... etc.

La première obligation (**premier alinéa**) est de fournir une information concertée et coordonnée sur les cotisations et les prestations sociales des indépendants.

En outre, les intéressés pourront demander une simulation de calcul indicative des cotisations et contributions qu'ils devront acquitter. Cette possibilité est ouverte non seulement aux assujettis mais à tous ceux qui envisagent de s'engager dans une activité indépendante.

Le **III** de l'article 33 précise que ces dispositions seront applicables à compter du 1^{er} janvier 2002 (étant observé qu'un décret devra préalablement fixer les modalités d'application de l'article L. 133-6).

Le **deuxième alinéa** de l'article L. 133-6 impose aux mêmes organismes de fournir aux assujettis un échéancier des cotisations sociales et autres contributions qu'ils auront à payer l'année suivante au regard de leurs derniers revenus. Cet échéancier qui, selon les indications de l'exposé des motifs, contiendra le détail des montants à payer par organisme affectataire, sera produit en commun par les organismes selon des modalités fixées par une convention conclue entre eux ou à défaut par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

Le **troisième alinéa** de l'article L. 133-6, également applicable aux cotisations de 2002, vise à la mise en oeuvre d'un recouvrement amiable et contentieux conjoint, concerné et coordonné pour recouvrer les cotisations impayées.

Le **II** de l'article 33 contient deux autres mesures de simplification.

Le **A** concerne la prise en charge par l'Etat des cotisations sociales des apprentis prévue par l'article L. 118-6 du code du travail au bénéfice des artisans et des entreprises de dix salariés au plus. Il précise, pour ce dernier cas, les modalités de décompte du nombre de salariés. La date à laquelle sera apprécié le nombre de salariés sera le 31 décembre précédant la date de conclusion du contrat d'apprentissage et non, comme cela ressort implicitement du texte actuel, la date de conclusion du contrat d'apprentissage.

Le **B** a trait aux multisalariés. L'article L. 242-3 du code de la sécurité sociale prévoit actuellement que, lorsqu'un salarié travaille pour deux ou plusieurs employeurs à la fois, la part de cotisations incombant à chaque employeur est calculée au prorata des rémunérations versées.

Dans ce cas, les employeurs sont censés se rapprocher pour l'application des règles relatives au plafond de la sécurité sociale. En réalité, le fractionnement du plafond n'est pas mis en oeuvre.

Le projet introduit une disposition dérogatoire : la part de chacun peut être déterminée comme si le salarié occupait un emploi à temps partiel dans chacun des établissements employeurs. Dès lors est applicable l'abattement d'assiette prévu par l'article L. 242-8 du code de la sécurité sociale pour les salariés à temps partiel.

Le **C** transpose, dans le code rural, les dispositions du **B** ci-dessus applicables aux multisalariés relevant du régime général.

Le **IV** oblige, sur le modèle de ce qui existe déjà pour le régime général, les employeurs occupant des salariés agricoles et redevables, au titre d'une année civile, de cotisations et de contributions sociales d'un montant inférieur à un million de francs, de régler les sommes dues, à ce titre, par virement ou, en accord avec leur caisse de mutualité sociale agricole, par tout

autre moyen de paiement dématérialisé. Le seuil concerné ne peut être supérieur à un million de francs.

Le non-respect de cette obligation entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté, sur proposition de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, et avec l'accord du Gouvernement, trois amendements visant respectivement à préciser que :

- le ministre de l'agriculture est compétent pour déterminer quelles déclarations concernant le régime agricole, peuvent être télétransmises ;

- la conservation du numéro d'identification nationale (NIR) se fera exclusivement dans le cadre du service d'aide à l'élaboration des déclarations sociales et des bulletins de salaires et ne concernera que, de ce fait, les télédéclarations sociales ;

- le recouvrement coordonné des dettes sociales ne concerne pas le régime des exploitants agricoles.

L'Assemblée nationale a également adopté, toujours avec l'accord du Gouvernement, deux amendements, l'un à l'initiative de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, l'autre à l'initiative de M. Jérôme Cahuzac, et visant respectivement à :

- étendre aux multisalariés agricoles la disposition de simplification prévue au II-B de l'article pour les autres salariés ;

- étendre au régime des salariés agricoles le dispositif d'obligation de paiement par virement des cotisations, au-delà d'un seuil annuel d'un million de francs, sur le modèle de ce qui existe déjà pour le régime général.

III - La position de votre commission

Afin de simplifier les démarches administratives des assurés des régimes de sécurité sociale des travailleurs indépendants, la rédaction de l'article L. 133-6 du code de la sécurité sociale, telle que proposée par l'article 33 du projet de loi, prévoit la coordination de diverses procédures.

Est notamment prévue, en cas de dette ou d'arriérés de cotisations, la mise en oeuvre d'un « recouvrement amiable et contentieux conjoint, concerté et coordonné ».

Or, les régimes de sécurité sociale concernés, s'ils sont tout à fait favorables au principe d'une coordination de leurs activités en ce domaine, s'inquiètent de la possibilité qu'offrirait une telle rédaction, et plus particulièrement l'adjectif « conjoint », pour la création d'une nouvelle structure de recouvrement et de contentieux, indépendante de leurs propres services, et qui leur ferait perdre le contact direct avec leurs assurés. Cette inquiétude est notamment nourrie par les annonces récentes du Gouvernement qui semble envisager la création d'une telle structure.

Afin de lever toute ambiguïté en ce domaine, et sans remettre en cause la nécessaire coordination des démarches administratives entre les régimes de sécurité sociale des travailleurs indépendants, votre commission estime donc nécessaire de supprimer la référence à la mise en oeuvre d'un recouvrement amiable ou contentieux « **conjoint** ».

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

Art. 33 bis (nouveau)

(art. L. 136-7 du code de la sécurité sociale)

Date du versement d'un acompte sur la CSG à l'ACOSS

Objet : Cet article, adopté par l'Assemblée nationale à l'initiative de sa commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, avec l'accord du Gouvernement, tend à assurer un versement plus régulier aux régimes de sécurité sociale bénéficiaires, et dans des délais plus stricts, de la CSG sur les revenus de placement.

I - Le dispositif proposé

Le présent article modifie le deuxième alinéa du IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, en disposant que le versement de la contribution sociale généralisée sur les revenus de placement par les banques (qui opèrent son prélèvement) aux services du Trésor doit intervenir le 25 septembre pour sept neuvièmes de son montant, et le 25 novembre au plus tard pour les deux neuvièmes restants. Il est également précisé que l'Etat doit ensuite reverser le produit correspondant dans un délai de dix jours suivant ces dates.

En l'état actuel du droit, ces délais sont respectivement fixés au 30 septembre et au 30 novembre.

II - La position de votre commission

Les délais de reversement de la CSG sur les revenus de placement aux régimes de sécurité sociale bénéficiaires avaient déjà été « encadrés » par une disposition similaire (*cf. : état actuel du droit exposé ci-dessus*), adoptée par l'Assemblée et le Sénat à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Or, si les banques ont parfaitement respecté ces délais, le reversement tardif de la CSG par les services du Trésor au régime général a contraint ce dernier, confronté à une situation de trésorerie difficile, à recourir à l'emprunt auprès de la Caisse des dépôts et consignations.

Votre commission adhère donc totalement au souci de l'Assemblée nationale de garantir aux régimes de sécurité sociale et, plus particulièrement, au régime général, un versement « dans les temps » du produit de la CSG sur les revenus du patrimoine.

Elle s'étonne toutefois de la solution adoptée par le présent article, qui consiste à raccourcir les délais opposables aux banques alors que celles-ci ont parfaitement respecté leurs obligations en ce domaine et ne sont donc pas à l'origine des difficultés rencontrées, à l'automne dernier, par le régime général.

Votre commission estime ainsi préférable de maintenir, pour les banques, les délais antérieurement définis pour le versement aux services du Trésor du produit de la CSG sur les revenus du patrimoine. Il convient, en revanche, de « motiver » davantage cette administration du Trésor en lui fixant, ensuite, un délai de cinq jours francs pour reverser ce produit aux régimes de sécurité sociale.

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

Art. 33 ter (nouveau)

*(art. L. 200-2, L. 200-2-1, L. 216-3, L. 224-5, L. 224-5-1 à L. 224-5-4
et L. 224-6 nouveaux du code de la sécurité sociale)*

Rôle de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale

Objet : Cet article, résultant de l'adoption par l'Assemblée nationale d'un amendement présenté par le Gouvernement, réforme les modalités de fonctionnement de l'Union des caisses nationales des caisses de sécurité sociale (UCANSS) qui assure la gestion du personnel de la sécurité sociale.

I - le dispositif proposé

Le **I** modifie la rédaction de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale afin de préciser que l'UCANSS exerce (au lieu de « peut se voir confier »), pour le compte des caisses de sécurité sociale et de l'ACOSS, des tâches qui leur sont communes.

Le **II** modifie (*art. L. 200-2-1 nouveau du code de la sécurité sociale*) les modalités de financement de l'UCANSS, dont les ressources seront prélevées chaque année sur les encaissements du régime général, le montant de ce prélèvement étant fixé par décret.

Le **III** modifie la rédaction actuelle de l'article L. 216-3 du même code, afin d'autoriser les organismes nationaux du régime général, à l'instar des organismes locaux ou régionaux, de se grouper en unions ou fédérations en vue de créer des œuvres et des services communs.

Le **IV** confirme et précise, en modifiant la rédaction de l'article L. 224-5 du code de la sécurité sociale, les attributions de l'UCANSS en ce qui concerne la gestion des ressources humaines du régime général de la sécurité sociale, qu'il s'agisse de la négociation des conventions collectives, de la politique de formation ou de la gestion prévisionnelle des effectifs, de la masse salariale et des politiques de recrutement. En outre, l'UCANSS peut se voir confier par les caisses nationales du régime général, ou l'ACOSS peut lui confier, des missions sur toutes questions relatives aux conditions de travail ou au fonctionnement desdits organismes.

Le **V** insère cinq nouveaux articles dans le code de la sécurité sociale afin, notamment, de modifier la composition des instances délibérantes de l'UCANSS, qui en comporte désormais deux, en lieu et place de l'actuel conseil d'administration.

Art. L.224-5-1

Conseil d'orientation

L'UCANSS est dotée, par cet article, d'un conseil d'orientation composé à parité de représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales représentatives et de représentants des employeurs. Il fixe les orientations générales de la gestion des ressources humaines du régime général de la sécurité sociale. Il nomme le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint de l'Union sur proposition du comité exécutif des directeurs. De même, il approuve le budget annuel de gestion administrative. Il est doté d'un droit d'opposition à majorité qualifiée aux accords collectifs nationaux signés au niveau de l'UCANSS.

Art. L. 224-5-2

Comité exécutif des directeurs

L'Union est également dotée d'un comité exécutif des directeurs qui comprend les directeurs des caisses nationales du régime général et de l'ACOSS, ainsi que des directeurs d'organismes régionaux et locaux. Il assure la gestion quotidienne de l'UCANSS et donne mandat au directeur de l'UCANSS pour négocier les accords collectifs nationaux.

Art. L. 224-5-3

**Conditions d'application des décisions
et des accord de l'UCANSS**

Les décisions et les accords de l'UCANSS sont applicables de plein droit « *dès lors qu'ils sont d'application automatique d'un accord national* ».

Art. L. 224-5-4

Représentation de l'UCANSS

Sous réserve des dispositions qui lui sont applicables, l'UCANSS est régie par les règles générales définies au Livre II du code de la sécurité sociale (« organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses »), notamment en ce qui concerne la représentation de l'UCANSS en justice et dans les actes de la vie civile par son directeur (*art. L. 224-3*), les conditions de l'approbation tacite de ses délibérations par ses autorités de tutelle (*art. L. 224-10*) et les mesures ou sanctions pouvant être prises par ces autorités de tutelle en cas d'irrégularités graves, de mauvaise gestion ou de carence des instances dirigeantes (*art. L. 281-3*).

Art. L. 224-5-6

Renvoi au décret

Le cas échéant, les modalités spécifiques de tutelle et de fonctionnement de l'UCANSS seront précisées par décret.

II - La position de votre commission

Votre commission n'ignore pas que cet article, résultant d'un amendement du Gouvernement, vise à sortir l'UCANSS de l'impasse dans laquelle elle se trouve suite, d'une part, au départ du MEDEF de ses instances dirigeantes il y a près d'un an et, d'autre part, compte tenu de la négociation difficile engagée sur l'épineux problème de l'application des 35 heures aux personnels de la sécurité sociale.

Dans ce contexte, et plutôt que de prendre parti dans des querelles, parfois byzantines, sur la répartition des pouvoirs et des influences au sein des instances dirigeantes de l'UCANSS, votre commission juge préférable de laisser le Gouvernement assumer pleinement ses responsabilités en ce domaine.

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

Art. 34

Fixation des plafonds d'avances de trésorerie pour 2002

Objet : Cet article, qui fait partie du contenu « obligatoire » des lois de financement de la sécurité sociale, fixe les limites dans lesquelles les besoins de trésorerie des régimes obligatoires comptant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres peuvent être couverts par des ressources non permanentes.

I - Le dispositif proposé

Le Gouvernement propose une liste de cinq « régimes » de sécurité sociale (en fait, deux régimes, deux caisses et un fonds) autorisés à recourir à l'emprunt et fixe un plafond d'avances qui correspond au point le plus bas de la trésorerie de ces régimes.

Plafonds d'avances de trésorerie 1997-2002¹

(en milliards de francs)

	LFSS 1997	LFSS 1998	LFSS 1999	LFSS 2000	LFSS 2001	PLFSS 2002
Régime général	66,0	20,0	24,0	29,0	29,0	29,0
Régime des exploitants agricoles	8,5	8,5	10,5	12,5	12,5	14,5
CNRACL		2,5	2,5	2,5	2,5	3,3
CANSSM	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3	2,3
FSPOIE	0,8	0,5	0,5	0,5	0,5	0,5

Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)

Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines (CANSSM)

Fonds spécial de pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOIE)

Plafonds d'avances de trésorerie en 2002

(en millions d'euros)

	PLFSS 2002
Régime général	4.420
Régime des exploitants agricoles	2.210
CNRACL	500
CANSSM	350
FSPOIE	80

II - La position de votre commission

Cet article n'a pas été modifié par l'Assemblée nationale, M. Alfred Recours, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales et M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des Finances, ayant retiré en séance, à la demande de Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité, leurs amendements ramenant les plafonds de trésorerie à un niveau plus crédible.

La notion de *plafond d'avances*, telle qu'elle est interprétée par le Gouvernement, recouvre des situations très différentes.

¹ Il s'agit des plafonds initiaux. Les plafonds 1997, 1998 et 1999 du régime général ont été relevés par décret.

**Comparaison entre le résultat net
et le plafond d'avances de trésorerie en 2002**

(en millions de francs)

	Résultat net	Plafond de trésorerie
Régime général	+ 6.894 ⁽¹⁾	29.000
Régime agricole	- 866	14.500
CNRACL	- 1.745	3.280
CANSSM	1.043	2.300
FSPOIE	0	500

Source : annexe c) du projet de loi

⁽¹⁾ Solde résultant du projet de loi initial.

Pour la CNRACL, le plafond proposé de 500 millions d'euros (3,3 milliards de francs) correspond à la dégradation du solde comptable de ce régime, mis à mal par la « surcompensation ». Dans ce cas, le plafond d'avances joue effectivement le rôle que lui avait assigné le législateur organique de 1996 : il permet de rendre compte – à la manière d'un « indicateur d'alerte » - de la situation financière « ubuesque » de ce régime.

Votre commission vous propose, comme en 1997, 1998, 1999 et 2000, **de supprimer l'autorisation d'emprunt accordée à la CNRACL**. Cette suppression était traditionnellement un moyen de s'élever contre le mécanisme de la « surcompensation ». Elle se fonde cette année sur l'adoption de l'article additionnel après l'article 27, supprimant les mécanismes mêmes de la compensation spécifique.

Il en va tout autrement pour le régime des exploitants agricoles.

Par définition, le BAPSA est présenté et voté en équilibre¹, même si son exécution peut s'avérer négative. C'est d'ailleurs le cas pour les derniers exercices, ce qui a conduit à « puiser » dans le fonds de roulement, celui-ci étant réduit à un étiage très faible. Le Gouvernement a systématiquement choisi de minimiser le déficit d'exécution.

En conséquence, l'augmentation du plafond d'avances accordé au régime des exploitants agricoles s'explique pour deux raisons :

- la dégradation de sa situation comptable ;
- un besoin de trésorerie résultant du décalage entre le versement des prestations et le recouvrement des recettes. La responsabilité d'un tel décalage incombe à l'Etat, qui préfère conserver quelques jours supplémentaires

¹ Même si le « régime des exploitants agricoles », dans les comptes de la sécurité sociale, montre un léger déficit.

certaines des recettes essentielles affectées au régime (TVA et subvention d'équilibre).

Ce plafond d'avances est ainsi l'un des instruments privilégiés de l'Etat pour reporter ses problèmes de trésorerie sur un régime de protection sociale. En aucun cas, son utilisation n'est compatible avec l'intention du législateur organique de 1996.

En conséquence, votre rapporteur vous proposera d'abaisser ce plafond à un niveau raisonnable : 1.500 millions d'euros (9,8 milliards de francs), soit un montant intermédiaire entre celui voté en lois de financement de la sécurité sociale pour 1997 et 1998 et celui prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

Les plafonds d'avances consentis à la Caisse autonome de sécurité sociale dans les mines et au Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat correspondent à une troisième situation, celle du « plafond de confort ».

En effet, les encours de ces deux « régimes », présentés à l'annexe c) du projet de loi, font apparaître que leur trésorerie reste, sur toute l'année 2002, excédentaire. Faire voter un plafond d'avances par le Parlement apparaît ainsi incongru. De deux choses l'une, soit les prévisions de l'annexe c) s'avèrent inexactes, et dans ce cas il serait nécessaire que le Gouvernement précise cette « erreur matérielle », soit ces prévisions sont justifiées, et dans ce cas, une telle « sécurité » s'avère inutile.

Votre commission vous propose en conséquence de supprimer la faculté de trésorerie ouverte à la Caisse autonome de sécurité sociale dans les mines et au Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.

Enfin, le régime général ressort d'une situation toute particulière.

Le plafond initial a été augmenté par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, puis par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, alors que le régime général connaissait pourtant une amélioration significative de son solde financier. Depuis, il se stabilise au montant de 29 milliards de francs.

Pourtant, sur l'exercice 2000, le point le plus bas de profil de trésorerie de l'exercice a été atteint le 9 octobre, à - 20,1 milliards de francs, soit largement en dessous du plafond voté par le Parlement.

Sur l'exercice 2001, le point le plus bas aurait été de – 17 milliards de francs selon l'annexe c) du projet de loi. En fait, il n'a été que de - 12 milliards de francs le 10 octobre dernier¹.

Le plafond 2001 a été ainsi très surestimé, le Gouvernement l'expliquant par le fait que « *le solde de trésorerie a été plus élevé que ce qui était envisagé initialement en raison de versements supplémentaires reçus par l'ACOSS en fin d'année 2000 (reversement par le fonds de solidarité vieillesse de ses droits sur les alcools perçus en 2000, rendement plus élevé de la CSG sur les revenus du patrimoine et les produits de placement perçue en décembre)* »².

Le profil de trésorerie du régime général, présenté à l'annexe c) du projet de loi, intègre l'hypothèse d'un versement de 4 milliards de francs du budget de l'Etat à l'ACOSS en décembre 2001 au titre de la compensation des mesures d'exonération en faveur de l'emploi. Selon le Gouvernement³, ce versement supplémentaire par rapport aux acomptes prévus dans le cadre de la convention Etat-ACOSS correspond :

« à hauteur de 2 milliards de francs aux montants qui auraient dû être versés, conformément à la convention, en milieu d'année ;

« à hauteur de 2 milliards de francs, au solde prévisionnel restant à verser sur ces mesures en fin d'année 2001, compte tenu de la prévision de dépenses de l'ACOSS, ainsi qu'au reliquat de dette 2000. Ces versements ne pourront intervenir que dans le cadre du collectif budgétaire de fin d'année ».

Si, par construction, la loi de finances initiale ne peut prévoir avec exactitude le montant des dotations budgétaires correspondant aux exonérations de charges, il n'en demeure pas moins que le Gouvernement reconnaît lui-même que l'Etat s'est affranchi du respect de la convention qui le lie à l'ACOSS. Une telle attitude est inadmissible.

Proposer pour 2002 un plafond de 29 milliards de francs, alors que le régime général devrait être excédentaire en 2002 comme en 2001, consiste à reconnaître que la trésorerie du régime général souffrira une nouvelle fois de la compensation des s de charges décidés dans le cadre du FOREC, puisque ledit FOREC est structurellement déséquilibré, et de la compensation des exonérations restant à la charge de l'Etat. Une autre possibilité, non exclusive de la première, serait que le Gouvernement ne croit qu'à moitié à la prévision de masse salariale qu'il a lui-même fixée. Il indique d'ailleurs lui-même que « *comme toute prévision, [les prévisions de trésorerie] reposent sur*

¹ Cf. travaux de commission, audition de MM. Pierre Burban et Yves Boudet (ACOSS), tome I du présent rapport.

² Annexe c) du projet de loi, p. 90.

³ Réponse du 2 novembre 2001 au questionnaire complémentaire de la commission des Affaires sociales en date du 22 octobre 2001.

certaines variables telles que le rythme des dépenses des diverses branches ou l'évolution de la masse salariale qu'il est difficile d'évaluer avec précision »¹.

Mais surtout, un plafond aussi élevé ne permet plus de jouer le rôle « d'indicateur d'alerte » en cas de modification des conditions générales de l'équilibre financier du régime général. Dans une telle situation, le Gouvernement peut à tout moment prendre un décret relevant ce plafond, cette disposition réglementaire étant suivie d'un rapport au Parlement. Le décret doit être ensuite ratifié dans la plus prochaine loi de financement de la sécurité sociale. C'est un moyen, choisi par le législateur organique de 1996, de s'assurer de la bonne « exécution » de la loi de financement.

Dans ces conditions, votre rapporteur ne peut admettre que le Gouvernement explique doctement « *qu'il n'y a pas de lien entre l'amélioration des comptes sociaux et la trésorerie de la sécurité sociale* »². Sauf à reconnaître qu'il n'y a pas d'amélioration des comptes sociaux...

Votre rapporteur ne peut comprendre que le solde journalier du compte ACOSS connaisse un profil aussi heurté, l'amplitude entre le « pic » et les « creux » étant d'environ 75 milliards de francs en 2001. Cette situation se détériorerait encore en 2002, la variation atteignant plus de 80 milliards de francs, entre le « pic » de février (10 milliards d'euros, soit 65,6 milliards de francs) et le « creux » prévu le 9 octobre 2002 (- 3 milliards d'euros, soit 19,7 milliards de francs).

Contrairement à ce qu'a indiqué Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité devant l'Assemblée nationale, l'objectif n'est pas de « *garder sa souplesse à la trésorerie de l'ACOSS* ». Si *l'objectif de souplesse* l'emporte sur *l'objectif de suivi*, à quoi bon s'ennuyer à adopter un plafond d'avances de trésorerie pour le régime général ?

« Pour garder sa souplesse à la trésorerie de l'ACOSS... »

« Dès lors que les comptes s'améliorent, il paraît logique de considérer que le besoin d'emprunts sera moindre et que l'on peut donc en abaisser le plafond. Toutefois, je vous demande de tenir compte du fait que la trésorerie de l'ACOSS subit des variations quotidiennes qui peuvent être extrêmement importantes. Or on ne va pas publier un décret chaque fois que l'ACOSS a besoin d'augmenter ses emprunts sur le marché monétaire.

Pour garder sa souplesse à la trésorerie de l'ACOSS, il me semble d'autant moins opportun de modifier le plafond d'emprunt que le Parlement peut tout à fait contrôler l'ACOSS et l'utilisation de ses fonds ».

*Mme Elisabeth Guigou, ministre de l'emploi et de la solidarité,
in JO Débats Assemblée nationale, 2^{ème} séance du 26 octobre 2001, p. 6757.*

¹ Réponse du 2 novembre 2001, *op. cit.*

² Réponse du 2 novembre 2001, *op. cit.*

Il ne serait souhaitable ni pour l'ACOSS, ni pour le Parlement, que le second contrôle jour et nuit la trésorerie de la première. La création des plafonds d'avances de trésorerie était bien le moyen de servir au Parlement « d'indicateur d'alerte » ; leur absence ne lui permettrait pas de se rendre compte, en temps réel, des difficultés de trésorerie de tel ou tel régime, occasionnées par l'aggravation de sa situation comptable.

En plaçant le plafond d'avances de trésorerie du régime général à 29 milliards de francs, le Gouvernement ne respecte pas l'esprit de la loi organique du 22 juillet 1996.

Votre rapporteur considère qu'il est temps de redonner à ce plafond sa véritable signification. Comme un certain décalage entre le versement des prestations et l'encaissement des cotisations et impôts et taxes affectés est inévitable, il est effectivement nécessaire de prévoir ces ressources de trésorerie.

Votre commission vous propose de le fixer à 15 milliards de francs (2.300 millions d'euros). Le niveau de ce plafond est déterminé à la fois par l'exigence de préserver la neutralité des relations de trésorerie entre l'Etat et la sécurité sociale et entre le FOREC et la sécurité sociale, mais également par le « démontage » des « tuyauteries » opéré à l'article 6, ce qui a pour conséquence une forte amélioration du solde comptable du régime.

En définitive, votre commission vous propose :

- de supprimer le plafond d'avances de trésorerie de la CNRACL, de la CANSSM et du FSPOIE ;
- de diminuer le plafond d'avances de trésorerie du régime des exploitants agricoles de 2.210 millions d'euros à 1.500 millions d'euros ;
- de diminuer le plafond d'avances de trésorerie du régime général de 4.420 millions d'euros à 2.300 millions d'euros.

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

TRAVAUX DE LA COMMISSION

-

EXAMEN DU RAPPORT

Réunie le mercredi 7 novembre 2001, sous la *présidence de M. Nicolas About, président*, la commission a procédé à l'examen du rapport sur le *projet de loi n° 53 (2001-2002) de financement de la sécurité sociale pour 2002*, adopté par l'Assemblée nationale : *M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie ; M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la famille ; M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse.*

M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie, a présenté les grandes lignes de son rapport sur les équilibre financiers (cf. Tome I du présent rapport).

A l'issue de cet exposé, *M. Gilbert Chabroux* a estimé que cette présentation, négligeant l'importance des déficits cumulés de la sécurité sociale pendant la période 1993-1997, était pour le moins manichéenne, sinon excessive. Il a souligné le rétablissement de la situation financière de la sécurité sociale au cours de ces dernières années. Il s'est interrogé sur l'apparente contradiction pour les dépenses du FOREC entre, d'une part, l'évaluation des dépenses dues aux « allégements 35 heures » fournie par Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité lors de son audition et, d'autre part, les chiffres mentionnés dans le compte rendu de l'audition du président de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS). Il s'est, à nouveau, félicité des remarquables résultats enregistrés par la politique du Gouvernement dans le domaine social et s'agissant, plus particulièrement, des comptes de la sécurité sociale.

M. Guy Fischer a estimé que l'analyse de M. Alain Vasselle s'inscrivait dans le droit fil de la réflexion de son prédécesseur. Il a regretté que cette analyse minimise, d'une part, le bilan défavorable de la précédente majorité et, d'autre part, les progrès accomplis depuis 1997. Il a toutefois indiqué que le bilan de l'action du Gouvernement devait être minoré sur certains points, qu'il s'agisse, notamment, de la récente aide financière accordée aux cliniques privées ou de l'évolution, défavorable aux revenus du travail, du partage de la valeur ajoutée. Par ailleurs, *M. Guy Fischer* a

souhaité connaître le détail exact des dépenses du Fonds de réforme du financement des cotisations sociales patronales (FOREC), dont le total atteint 102 milliards de francs. Il a, en outre, regretté que la contribution sociale généralisée touche indistinctement tous les revenus de placement, y compris les plus modestes, ainsi que le faible rendement de la contribution sociale sur les bénéficiaires des sociétés. Il s'est également interrogé sur la forte progression, au cours des années 1997-2002, du montant des exonérations de cotisations sociales patronales, dont le total est passé de 40 à 102 milliards de francs. Au total, il a fait part de son désaccord avec l'analyse et les projets d'amendements du rapporteur pour les équilibre financiers.

M. Nicolas About, président, a précisé que les allègements de cotisations sociales patronales n'étaient nullement une faveur accordée aux chefs d'entreprise, mais la juste compensation des contraintes qui leur sont imposées en matière de réduction de la durée légale du travail. Il a, par ailleurs, rappelé que la sécurité sociale contribuait, à hauteur de 88 %, au financement des allègements de cotisations liés à la seule réduction du temps de travail.

M. Alain Gournac a félicité le rapporteur de son analyse dont il a déclaré partager les conclusions en tout point. Il a plus particulièrement insisté sur l'absence de transparence des circuits de financement de la sécurité sociale et a relevé, à cet égard, tout l'intérêt de la proposition du rapporteur de réaliser une « opération-vérité » sur les comptes sociaux pour l'année 2002.

M. Jean-Pierre Fourcade a suggéré au rapporteur de compléter son rapport sur trois points à ses yeux essentiels, à savoir :

- l'effet bénéfique, en termes de recettes supplémentaires pour la sécurité sociale, de la substitution de la cotisation sociale généralisée aux cotisations d'assurance maladie qui avait été en partie gâché par la manie bien française des exonérations fiscales et des abattements ;

- les difficultés financières de la sécurité sociale qui ne pouvaient se réduire au seul problème de financement des 35 heures, mais résultaient également du dérapage des dépenses de l'assurance maladie, reflété par la dérive de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) ;

- les conséquences de « l'opération-vérité » sur les comptes sociaux proposée par le rapporteur qui conduirait, en définitive, l'Etat à assumer la charge du déficit correspondant du FOREC.

M. André Lardeux a rappelé que les Français se préoccupaient de leur quotidien immédiat, et non de vaines polémiques sur les comptes de la sécurité sociale au cours des années 1993-1997. Il a, par ailleurs, estimé que les griefs formulés à l'encontre des réformes engagées dans les années 1995-

1996 étaient quelque peu dérisoires, dans la mesure où l'actuelle majorité en avait conservé les grands principes. Il a fait, en outre, part de ses doutes quant à la réalité des comptes présentés par le Gouvernement dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002, au regard, notamment, de l'évolution préoccupante de l'activité économique. Il a déclaré nécessaire de dépasser les débats stériles opposant les cotisations salariales et patronales de sécurité sociale dans la mesure où il s'agit, dans les deux cas, de prélèvements effectués sur le travail. Il a indiqué qu'il partageait les critiques formulées à l'encontre du fonctionnement peu transparent et peu démocratique des agences régionales de l'hospitalisation. Enfin, il a estimé indispensable d'aboutir à une véritable gestion séparée des différents risques de la sécurité sociale avant de considérer que l'ONDAM était, désormais, une notion dépassée.

M. Jean Chérioux, après avoir félicité le rapporteur de son analyse et de sa présentation, a estimé que les Français étaient avant tout préoccupés de savoir ce que l'on faisait des cotisations et contributions de plus en plus importantes qu'ils versaient à la sécurité sociale, et qu'ils s'interrogeaient sur l'aggravation continue des déficits, notamment celui de l'assurance maladie, en dépit d'un effort contributif toujours plus important des assurés sociaux. Il a donc estimé salulaire de faire œuvre de transparence en ce domaine.

M. Serge Franchis a déclaré partager ce point de vue et a estimé indispensable de clarifier les circuits de financement de la sécurité sociale avant de se féliciter de la démarche proposée, en ce sens, par le rapporteur. Il s'est, par ailleurs, interrogé sur la situation financière de la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES).

M. Bernard Cazeau a jugé nécessaire de dépasser les débats manichéens en ce qui concerne le financement de la protection sociale. Il a constaté que les comptes sociaux connaissaient une amélioration significative depuis 1997 et que cette amélioration résultait, notamment, de différentes initiatives positives prises en matière d'emploi, dont le mérite ne revenait pas, exclusivement, à l'actuelle majorité. Il a souligné que les dépenses du FOREC qui étaient des allègements de charges sociales bénéficiaient aux entreprises et, ainsi, à l'ensemble de l'économie. Il a également observé que la progression de l'ONDAM avait eu pour résultat concret de fournir 120 milliards de francs supplémentaires sur quatre ans aux professions de santé. Enfin, il a déclaré regretter que les comptes sociaux ne puissent pas faire l'objet d'une approche plus sereine, et moins étroitement comptable, tout en convenant que la proximité des campagnes électorales ne favorisait guère cette sérénité.

M. Dominique Leclerc a dénoncé la complexité et l'opacité des circuits de financement de la sécurité sociale, tout en se félicitant de l'éclairage pertinent fourni, à ce propos, par M. Jean-Pierre Fourcade. Il a, en outre, estimé que le mécanisme de l'ONDAM était désormais devenu

totalelement incompréhensible. Il a rappelé, à ce sujet, que tous les pays développés étaient désormais confrontés à une vigoureuse progression des dépenses de santé due, pour l'essentiel, aux progrès de la médecine. Dans ce contexte, il lui est apparu nécessaire de définir une véritable politique de santé agissant, à égalité, sur l'offre et la demande de soins, et cherchant, notamment, à responsabiliser davantage les assurés sociaux.

***M. Louis Souvet** a estimé que la préoccupation essentielle des Français était de savoir s'ils disposaient d'une bonne couverture sociale. Il a, par ailleurs, jugé nécessaire de clarifier le financement de la sécurité sociale avant de souligner que la maîtrise des dépenses de santé était de plus en plus difficile à réaliser, compte tenu des progrès continus de la médecine.*

***M. Jean-Claude Etienne** a dénoncé deux lacunes particulièrement préoccupantes, selon lui, du système français de santé, à savoir, d'une part, l'absence d'une véritable politique de prévention et, d'autre part, le retard de notre pays en équipements dans le domaine de l'imagerie médicale, qui contraint certains de nos compatriotes à aller se faire soigner à l'étranger.*

*Répondant aux différentes intervenants, **M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a, notamment, fourni les informations suivantes :*

- son analyse s'est nécessairement centrée sur les comptes de l'exercice 2002, qui font l'objet du projet de loi de financement soumis à l'examen du Parlement ;

- les prélèvements ou les transferts réalisés au détriment de certaines branches de la sécurité sociale remettent en cause la gestion séparée de chacune d'entre elles, initialement voulue par le législateur ;

- les comptes du régime général qui ont été présentés à la commission résultent de l'application stricte des mesures nouvelles prévues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale ;

- la clarification proposée des comptes 2002 vise, en restituant à la sécurité sociale l'ensemble des recettes qui lui ont été confisquées au profit du FOREC, à mettre le Gouvernement face à ses responsabilités et à établir toute la transparence souhaitable en ce domaine ;

- si l'on s'en tient aux chiffres communiqués par Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité lors de son audition devant la commission quant au total des « allègements 35 heures » au sein des dépenses du FOREC, soit 34,6 milliards de francs, il apparaît que la santé sociale finance ces allègements à hauteur de 88 % ;

- il convient de distinguer les exonérations de cotisations sociales mises en œuvre dans les années 1995-1996, qui visaient à diminuer le coût du

travail, des « allégements 35 heures », dont le but est de compenser le coût pour les entreprises de la réduction du temps de travail ;

- la dégradation des comptes sociaux observée au début des années 1990 est largement due au contexte économique de l'époque, caractérisé par l'une des plus grandes récessions de l'après-guerre et il est, à cet égard, regrettable que la récente période de croissance n'ait pas été mise à profit pour engager les réformes nécessaires ;

- les efforts entrepris par le Gouvernement en 1993 pour réformer la branche vieillesse ont été compromis par l'inaction de son successeur ;

- les comptes de la sécurité sociale pourraient être, en 2002, victimes d'un redoutable « effet de ciseaux » entre, d'une part, la dérive incontrôlée de l'ONDAM et, d'autre part, le ralentissement de l'activité économique ;

- la situation de trésorerie de la CADES, telle qu'établie au 31 juillet 2001, fait apparaître un solde positif de trésorerie d'un milliard de francs, mais l'augmentation du montant du versement annuel de la CADES à l'Etat, prévue par le projet de loi de finances pour 2002, va faire disparaître ce solde positif et met la caisse dans l'impossibilité de rembourser la dette sociale ;

- les 100 milliards d'exonération ou d'allégements de cotisations pris en charge par le FOREC bénéficient aux entreprises, mais il convient également de conserver à l'esprit que ces 100 milliards sont financés par des impôts et des taxes prélevés sur l'économie française ;

- l'opposition traditionnelle entre l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée doit être nécessairement dépassée.

Puis M. Alain Vasselle (assurance maladie), M. Jean-Louis Lorrain (famille) et M. Dominique Leclerc (assurance vieillesse), rapporteurs, ont présenté les grandes lignes de leurs rapports (cf. Tomes I, II et III du présent rapport).

M. Claude Domeizel a relevé une discordance entre les graphiques projetés, faisant apparaître des déficits, et la « petite musique » des rapporteurs, évoquant constamment des excédents.

Il a indiqué que le COR n'était pas une « commission », mais un conseil. Il a précisé que le COR, dont les travaux étaient remarquables, rendrait son premier rapport début décembre. Il a considéré que la démarche retenue par le Gouvernement s'opposait de manière heureuse à celle qui avait conduit aux mouvements sociaux de décembre 1995.

Il s'est étonné de l'opposition de M. Dominique Leclerc à la mesure tendant à revaloriser les pensions de retraite de 2,2 %.

M. Jean Chérioux a estimé qu'un système de retraite devait se bâtir selon un horizon de trente ans et qu'il était nécessaire d'assurer son mode de financement. Il a considéré que les excédents de la branche famille appartenaient aux familles. Il a ajouté qu'il appartenait à la puissance publique de déterminer ses choix pour la politique familiale et qu'il était tout à fait possible de diminuer les prélèvements affectés à cette branche, « l'intangibilité » n'étant pas opposable au Parlement dès lors que les décisions étaient prises dans la clarté et la transparence.

Il a demandé dans quelle catégorie étaient classés les établissements privés à but non lucratif. Il s'est interrogé sur le rôle que joue la publicité sur l'évolution des dépenses de médicaments.

M. Nicolas About, président, s'est interrogé sur le risque éventuel que les pharmaciens, munis d'une prescription sous dénomination commune internationale (DCI), soient conduits à devoir arbitrer entre des médicaments remboursables ou non remboursables et s'est inquiété que la faculté ouverte par le projet de loi puisse devenir une obligation.

M. Gilbert Chabroux a constaté que les rapporteurs faisaient preuve de détermination et qu'ils étaient prêts à « engager un combat », mais il a estimé que leurs analyses n'étaient pas « objectives » et passaient systématiquement sous silence les effets positifs de la politique menée par le Gouvernement. Il a souhaité que le débat en séance publique soit à la hauteur de l'avenir de la sécurité sociale.

S'agissant de la famille, il s'est élevé contre le recours à des raisons anecdotiques, pour expliquer le renouveau de la natalité dans notre pays. Il a évoqué les propos de Mme Nicole Prud'homme, présidente de la CNAF, rappelant que la France permettait -grâce notamment à l'allocation parentale d'éducation (APE)- une conciliation satisfaisante entre la vie familiale et la vie professionnelle. Il a considéré que le regain de la natalité s'expliquait bien par la politique du Gouvernement, dont l'effort se chiffrait à 12 milliards de francs en deux ans. Il a estimé qu'à l'inverse la « loi famille » de 1994 n'avait pas été financée.

Abordant la question des retraites, il a déclaré être hostile aux fonds de pension et a observé que les cours actuels de la bourse le confortaient dans cette opposition. Reconnaisant que le fonds de réserve faisait preuve d'une « lisibilité insuffisante », il a déclaré ne pas faire « la fine bouche » sur la revalorisation des pensions de retraite.

S'intéressant à l'assurance maladie, il a rappelé que le classement de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) avait placé la France au premier rang et que cette précision « méritait d'être dite ». Evoquant les dépassements de l'ONDAM, il a estimé que l'évolution des dépenses hospitalières reposait sur l'application des différents protocoles, que personne ne s'avisait de

remettre en cause. Il a observé que la délégation donnée pour les soins de ville à la CNAMTS était un échec. S'agissant du médicament, il a considéré que l'évolution des dépenses, de l'ordre de 7,7 %, n'était pas acceptable.

***M. Serge Franchis** a considéré qu'il était nécessaire de relativiser la dérive de l'ONDAM et que les dépenses de santé, reposant sur des droits fondamentaux, avaient une « fonction économique ». Il a estimé qu'il convenait de responsabiliser tous les acteurs et que l'application d'un ticket modérateur était utile.*

***M. André Lardeux** a indiqué qu'il fallait éviter de considérer les professionnels de santé comme des « suspects permanents ». Il a évoqué des propos tenus à Saumur par M. Bernard Kouchner, ministre délégué à la santé, qui avaient été très mal ressentis par les chirurgiens-dentistes. Il a estimé qu'il était nécessaire de responsabiliser non seulement les professionnels de santé mais également les assurés et les agents de la sécurité sociale. Il s'est en outre interrogé sur les transferts entre les dépenses de ville et les dépenses hospitalières.*

Se faisant l'écho des propos tenus par M. Gilbert Chabroux, et après avoir précisé qu'il avait enseigné pendant des années la démographie, il a estimé qu'il était trop tôt pour déterminer si l'augmentation du taux de fécondité, qui reste insuffisante pour assurer le remplacement des générations, était due à l'action du Gouvernement. Il a considéré qu'il fallait se garder de prendre en considération les cours de bourse au jour le jour, le placement en actions étant considéré à long terme comme le plus rentable.

***M. Dominique Leclerc**, évoquant le cas des ordonnances « bizone », a déclaré que le ticket modérateur était un « sujet tabou ». Il a estimé que son existence, contrairement à ce qui est souvent affirmé, contribuait à limiter la demande de soins.*

Il a considéré qu'il était temps de mettre fin aux « clichés » de la séparation public/privé et a confirmé que la sortie des médicaments de la réserve hospitalière représentait un transfert annuel de 1 milliard de francs. Il a évoqué la situation différente des pharmaciens hospitaliers, bénéficiant grâce à des appels d'offre d'un taux de marge de 15 %, et des pharmaciens du secteur privé, dont le taux de marge est plus réduit, alors qu'ils doivent s'efforcer de rendre un « service » aux personnes.

***M. Alain Vasselle, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie**, a souhaité apporter quelques précisions aux différents intervenants.*

Répondant à M. Jean Chérioux, il a indiqué que les établissements privés à but non lucratif étaient régis par la dotation hospitalière. Il a précisé

que la publicité pour les médicaments remboursables était interdite à destination du grand public, et réservée à la presse professionnelle.

Répondant à M. Gilbert Chabroux, il a rappelé que la délégation en matière de soins de ville avait été donnée à la CNAMTS par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, et que l'échec était imputable au Gouvernement. Il a indiqué que la CNAMTS avait, en effet, proposé des mesures de régulation, qui avaient été refusées par le Gouvernement. Il a estimé que le lancement des médicaments génériques n'avait pas eu les résultats escomptés.

Répondant à M. Serge Franchis, il a confirmé que l'évolution des dépenses maladie reposait sur des causes objectives : apparition de nouvelles molécules et de nouveaux systèmes de diagnostics, vieillissement de la population, etc. Il a toutefois ajouté qu'il n'était pas opportun de laisser dériver l'ONDAM sans autres conséquences. Il a estimé que la régulation des dépenses de santé ne pouvait pas être une « gestion comptable », mais devait reposer sur d'autres méthodes et procédures. Il a évoqué le sous-équipement des établissements de santé. Il a confirmé que la responsabilisation des acteurs devait s'effectuer sur l'offre et la demande et estimé que la question du ticket modérateur devait être discutée.

Répondant à M. André Lardeux, il a indiqué que la question des transferts entre la médecine de ville et les dépenses hospitalières était un sujet sensible. Il a rappelé qu'il existait deux enveloppes différentes au sein de l'ONDAM et s'est interrogé sur une forme de « fongibilité » de ces enveloppes.

*En réponse à MM. Claude Domeizel et Gilbert Chabroux, **M. Dominique Leclerc, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a déclaré qu'il ne s'opposait pas à la revalorisation de 2,2 % des pensions d'assurance vieillesse, mais qu'il avait observé qu'une telle mesure ne s'inscrivait pas dans le cadre d'un « mécanisme pérenne » et que ses effets cumulatifs, à l'horizon 2010, devaient être précisés et analysés. Il a considéré que la réforme des retraites devait se faire « dans la générosité » et que rien n'avait été fait au cours de la période historique d'aisance financière que venait de vivre la France. Il a estimé qu'en conséquence la responsabilité du Gouvernement était gravement engagée, car la réforme devrait finalement se faire dans des conditions plus difficiles.*

Il a observé que le tiers des encours financiers du Fonds de réserve en 2020 devait provenir des produits financiers et s'est interrogé sur le paradoxe de la politique gouvernementale, consistant à compter sur la capitalisation dans le cadre du Fonds de réserve, tout en refusant aux salariés du secteur privé la simple possibilité de bénéficier d'un mécanisme de capitalisation privée.

*En réponse à M. Gilbert Chabroux, **M. Jean-Louis Lorrain, rapporteur pour la branche famille**, a considéré que les ponctions sur la branche famille étaient « objectives » et incontestables.*

Puis la commission a procédé à l'examen des articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002.

*Sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, après avoir réservé l'article premier (approbation du rapport annexé), la commission a adopté sans modification les articles premier bis (questionnaires parlementaires sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale), premier ter (contrôle parlementaire des organismes privés de sécurité sociale), premier quater (codification), 2 (exonération de cotisations et de contributions sociales des indemnités complémentaires de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante) et 2 bis (exonération de cotisations sociales pour les services prestataires d'aide à domicile).*

*Elle a également adopté sans modification l'article 3 (affiliation au régime général de certains dirigeants d'associations et de sociétés par actions simplifiées), **M. Alain Vasselle, rapporteur**, ayant précisé que cet article suscitait un large débat et qu'il serait particulièrement attentif aux amendements extérieurs qui ne manqueraient pas d'être déposés.*

Elle a adopté l'article 3 bis (création d'un contrat vendanges) sans modification.

*Après l'article 3 bis, sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel visant à étendre le principe du « contrat vendanges » à toute autre activité agricole à caractère saisonnier.*

Elle a adopté l'article 3 ter (statut social des élus mutualistes) sans modification.

*A l'article 4 (allègement de cotisations sociales patronales en faveur de l'embauche d'un premier salarié), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement comportant une nouvelle rédaction de cet article et tendant à pérenniser l'exonération de cotisations en faveur de l'embauche d'un premier salarié et à la maintenir en dehors du champ des allègements compensés par le FOREC.*

Elle a adopté l'article 4 bis (frais d'assiette et de recouvrement de la CSG et de la CRDS) sans modification.

*A l'article 5 (organisation et comptabilité du FOREC), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement supprimant l'annulation de la dette du FOREC à l'égard du régime général pour l'exercice 2000.*

*A l'article 6 (produits du FOREC), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement procédant à une nouvelle rédaction de cet article et tendant à rétablir les recettes de la sécurité sociale ayant été transférées au FOREC.*

*A l'article 6 bis (augmentation des minima de perception sur les tabacs), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement visant à fixer à 60 euros le minimum de perception du droit de consommation applicable aux tabacs de fine coupe destinés à rouler des cigarettes.*

Elle a adopté l'article 7 (charges du FOREC) sans modification.

Elle a adopté les articles 8 (fixation des prévisions de recettes pour 2002) et 9 (fixation des prévisions de recettes révisées pour 2001), sans modification, sous réserve des coordinations qui résulteront des votes du Sénat.

*A l'article 10 A (conventionnement des professions de santé), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à remplacer le dispositif prévu par la suppression du mécanisme de régulation par les lettres-clés flottantes.*

*A l'article 10 (prescription en dénomination commune internationale), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement visant à faire référence au groupe générique.*

*A l'article 11 (fixation du taux de la contribution applicable aux dépenses de promotion et d'information des laboratoires pharmaceutiques à l'intention des prescripteurs), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement supprimant l'augmentation de la taxe sur la publicité pharmaceutique et un amendement tendant à supprimer un gage.*

*A l'article 11 bis (taux de la taxe sur les ventes directes de spécialités pharmaceutiques), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.*

Elle a adopté l'article 11 ter (rapport d'activité du comité économique des produits de santé) sans modification.

*A l'article 12 (fixation du taux de la contribution versée au titre de la clause de sauvegarde applicable à la progression du chiffre d'affaires des entreprises pharmaceutiques), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.*

Elle a adopté l'article 12 bis (sanctions applicables aux fournisseurs de dispositifs médicaux) sans modification.

*A l'article 13 (dotation du fonds pour la modernisation des cliniques privées), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement visant à doter d'un milliard de francs le fonds de modernisation des cliniques privées et un amendement tendant à permettre à ce fonds de financer des actions de modernisation sociale en faveur des personnels des cliniques privées.*

*A l'article 14 (dotation du fonds pour la modernisation des établissements de santé), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement supprimant l'élargissement des missions du fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé et un amendement de coordination.*

*A l'article 15 (dotation du fonds d'aide à la qualité de soins de ville), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement visant à fixer à 2003 et non 2005, la date de l'évaluation de l'impact des financements attribués par le fonds d'aide à la qualité des soins de ville.*

Elle a adopté l'article 15 bis (informatisation des centres de santé et formation professionnelle conventionnelle des professionnels de santé y travaillant) sans modification.

*A l'article 15 ter (entente préalable), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement visant à supprimer la référence au coût pour l'assurance maladie parmi les critères du contrôle médical et un amendement de coordination.*

*A l'article 16 (mesures de tarification liées à la mise en oeuvre de l'allocation personnalisée d'autonomie), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement visant à supprimer une disposition dépourvue de lien avec le champ des lois de financement de la sécurité sociale.*

Elle a adopté l'article 17 (réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière) sans modification.

*A l'article 18 (fonds pour l'emploi hospitalier), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à réduire à 1,2 % le taux plafond de la contribution des établissements hospitaliers au fonds pour l'emploi hospitalier.*

Elle a adopté les articles 18 bis (examen bucco-dentaire obligatoire pour les enfants), 18 ter (participation des professionnels de santé libéraux aux urgences) et 18 quater (dotation nationale de développement des réseaux) sans modification.

*A l'article 18 quinquies (bénéfice de la couverture maladie universelle pour les enfants mineurs des personnes ne remplissant pas les conditions de résidence stable et régulière), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.*

Elle a adopté sans modification les articles 18 sexies (bénéfice du tiers payant pour les personnes sortant du dispositif CMU), 18 septies (prime à l'installation pour les professionnels de santé), 19 (dotation du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante), 19 bis (extension de la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante aux personnels portuaires assurant la manutention), 19 ter (extension de la cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante aux dockers ayant manipulé de l'amiante), 19 quater (cumul de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante avec un avantage de vieillesse), 19 quinquies (contrôle du Parlement sur le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante), 20 (levée de la prescription pour les maladies professionnelles liées à l'amiante et revalorisation des indemnités en capital), 20 bis (accidents de trajet survenus dans le cadre d'un groupement d'employeurs) et 20 ter (majoration de la rente pour tierce personne).

*A l'article 20 quater (bénéficiaires des rentes viagères pour les ayants droit), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.*

Elle a adopté l'article 21 (reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des sous-déclarations des accidents du travail) sans modification.

*Sur proposition de **MM. Jean-Louis Lorrain et Alain Vasselle, rapporteurs**, elle a adopté les articles 22 (création d'un congé de paternité), 23 (financement du congé de paternité) et 23 bis (suppression du délai de carence pour le bénéfice de l'allocation de présence parentale) sans modification.*

*A l'article 24 (abondement du fonds d'investissement pour la petite enfance), sur proposition de **MM. Jean-Louis Lorrain et Alain Vasselle, rapporteurs**, elle a adopté un amendement tendant à réintégrer dans l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2002 les crédits prévus pour la seconde tranche du FIPE.*

*Après l'article 24, sur proposition de **MM. Jean-Louis Lorrain et Alain Vasselle, rapporteurs**, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel ayant pour objet de donner au conseil d'administration de la Caisse nationale d'allocations familiales (CNAF) la faculté de se prononcer sur l'utilisation d'excédents éventuels de la branche famille.*

A l'article 25 (poursuite de la prise en charge par la CNAF des majorations de pensions pour enfant), sur proposition de **MM. Jean-Louis Lorrain et Alain Vasselle, rapporteurs**, elle a adopté un amendement tendant à supprimer la prise en charge par la CNAF de 30 % des majorations de pension de vieillesse pour les personnes ayant élevé trois enfants et plus jusque-là prises en charge par le fonds de solidarité vieillesse.

Après l'article 25 bis (instauration d'une allocation différentielle de rentrée scolaire), sur proposition de **MM. Jean-Louis Lorrain et Alain Vasselle, rapporteurs**, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel ayant pour objet d'assurer une modulation de l'allocation de rentrée scolaire selon le cycle d'études de l'enfant ouvrant droit à cette prestation.

A l'article 26 A (instauration d'une garantie de ressources aux chômeurs de moins de 60 ans totalisant 40 années de cotisations vieillesse), sur proposition de **MM. Dominique Leclerc et Alain Vasselle, rapporteurs**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

Elle a adopté les articles 26 (revalorisation des retraites du régime général et des avantages alignés sur l'évolution prévisionnelle des prix), 26 bis (prise en compte des périodes de service national pour l'ouverture et le calcul des droits en matière d'assurance vieillesse), 26 ter (majoration de la durée d'assurance pour enfant) et 26 quater (rapport sur l'accueil et l'hébergement des personnes handicapées de plus de 60 ans) sans modification.

A l'article 26 quinquies (rapport sur la politique en matière de pension de réversion), sur proposition de **MM. Dominique Leclerc et Alain Vasselle, rapporteurs**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

Elle a adopté l'article 27 (achèvement de l'intégration financière du régime des cultes au régime général de sécurité sociale) sans modification.

Après l'article 27, sur proposition de **MM. Dominique Leclerc et Alain Vasselle, rapporteurs**, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel visant à supprimer le mécanisme de la compensation spécifique entre les régimes spéciaux de salariés.

A l'article 28 (alimentation du fonds de réserve pour les retraites), sur proposition de **MM. Dominique Leclerc et Alain Vasselle, rapporteurs**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

A l'article 29 (transfert d'une part des excédents de la CNAF vers le fonds de réserve pour les retraites), sur proposition de **MM. Dominique Leclerc et Alain Vasselle, rapporteurs**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

Elle a adopté les articles 30 (fixation des objectifs de dépenses pour 2002) et 31 (fixation des objectifs de dépenses révisés pour 2001) sans modification, sous réserve des coordinations qui résulteront des votes du Sénat.

A l'article 32 (fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2002), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement de suppression de cet article.

Elle a adopté l'article 32 bis (majoration de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2001) sans modification.

A l'article 33 (modernisation et simplification du recouvrement des cotisations sociales), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à supprimer le caractère « conjoint » du recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants.

A l'article 33 bis (date du versement d'un acompte sur la CSG à l'ACOSS), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement procédant à une nouvelle rédaction de cet article afin de ne pas reporter sur les banques les conséquences des lenteurs des services du Trésor.

A l'article 34 (fixation des plafonds d'avances de trésorerie pour 2002), sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, elle a adopté un amendement tendant à diminuer les plafonds d'avances de trésorerie consenties au régime général et au régime agricole et à supprimer la possibilité d'emprunt accordée à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL), au fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOIE) et au régime minier.

Enfin, à l'article premier, précédemment réservé, elle a adopté, sur proposition de **M. Alain Vasselle, rapporteur**, le rapport annexé dans une nouvelle rédaction développant les orientations et les propositions de la commission des affaires sociales pour le projet de financement de la sécurité sociale pour 2002.

Enfin, la commission a **approuvé l'ensemble du projet de loi ainsi amendé.**

A N N E X E N ° 1

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

*Le texte suivant est le texte initial du projet de loi.
Les modifications apportées par l'Assemblée nationale
figurent en italique.*

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

Depuis 1999, le régime général de la sécurité sociale est redevenu excédentaire. 2002 sera donc le quatrième exercice successif dégageant un résultat positif *en encaissements-décaissements*.

Ce développement sur quatre ans de la situation excédentaire des comptes de la sécurité sociale est certes la conséquence d'une conjoncture économique favorable, mais aussi le fruit de la détermination du Gouvernement à satisfaire les besoins sociaux essentiels des Français tout en maîtrisant le recours aux fonds publics que sont les cotisations et contributions sociales acquittées par les assurés et les entreprises.

Pour 2002, l'excédent est obtenu malgré des prévisions moins favorables quant à l'évolution de la masse salariale sur laquelle est assis l'essentiel des ressources des régimes de sécurité sociale. La persistance d'un excédent en 2002 dans ce contexte moins favorable confirme donc la robustesse du redressement des comptes sociaux.

S'agissant du financement de la sécurité sociale, le Gouvernement a précisé lors de la commission des comptes de la sécurité sociale du 7 juin 2001 que de nouvelles règles devaient être établies pour garantir en toute transparence les contributions du budget de l'Etat et des comptes sociaux au financement des allègements de charges en faveur des entreprises au titre des actions de promotion de l'emploi.

Ainsi, les allègements de charges en faveur des entreprises sont intégralement compensés aux régimes de sécurité sociale en 2001 et en 2002. En 2002, cet équilibre sera atteint au moyen de l'affectation de recettes fiscales nouvelles du budget de l'Etat au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), et par le transfert vers ce fonds de certaines recettes fiscales dont bénéficient les comptes sociaux. Ces règles respectent le principe selon lequel les cotisations et contributions sociales doivent être utilisées exclusivement au financement des prestations sociales.

Ces décisions permettront de poursuivre sur des bases claires la réflexion que le Gouvernement a engagée avec les différents acteurs de la protection sociale, afin de préciser les rôles respectifs de l'Etat et des

organismes de sécurité sociale dans la régulation des transferts sociaux. En matière d'assurance maladie, notamment, la concertation ouverte le 25 janvier 2001 avec les partenaires sociaux et les professionnels de santé se poursuivra dans le but de renouveler la démarche conventionnelle et de la mettre au service de l'amélioration de l'accès aux soins de nos concitoyens.

En matière de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement étudiera la possibilité de simplifier les mécanismes d'affectation de recettes et les transferts financiers. Pour cela, il approfondira notamment les voies de la consolidation de la réforme de l'assiette des cotisations patronales de sécurité sociale.

Le retour à l'excédent des comptes sociaux a permis d'améliorer la protection sociale des Français. Cette politique sera poursuivie en 2002, année qui verra mises en œuvre les priorités suivantes.

1° La politique de santé

Le Gouvernement conduira une politique de santé centrée sur les priorités de santé publique présentées lors de la Conférence nationale de santé en mars 2001. Cette politique prévoit la mise en place de programmes coordonnés de lutte contre les principales pathologies, dont le développement de la prévention est l'une des composantes principales.

Le Gouvernement entend également renforcer la sécurité sanitaire dans une approche intégrée dans la démarche de soins.

Enfin, l'amélioration de la qualité du système de santé et de son organisation, prenant en compte les préoccupations des usagers, constituera un troisième axe de la politique sanitaire du Gouvernement.

1-1.- La politique de santé est organisée autour de la prévention et des priorités de santé publique

La prévention sera inscrite dans chacun des programmes de santé publique (cancer, nutrition, asthme, sida, diabète,...), par des actions de dépistage, d'éducation pour la santé, mais aussi d'éducation thérapeutique. La prévention sera désormais définie de façon globale, ce qui permettra d'en déterminer les priorités et d'en assurer le financement. La coordination nationale des actions de prévention sera assurée dans le cadre d'un comité technique de prévention.

Les priorités de santé publique du Gouvernement sont les suivantes :

Le plan national de lutte contre le cancer

Deux programmes de dépistage seront généralisés, l'un dès 2002 pour le cancer du sein en permettant à toutes les femmes âgées de cinquante à soixante-quatorze ans de bénéficier gratuitement d'une mammographie tous les deux ans, l'autre par étapes, avec vingt départements concernés en 2002, pour le cancer du côlon avec la mise en place du dépistage par hémoculte après cinquante ans. L'amélioration des soins et la prise en charge médico-sociale des patients sera poursuivie pour atteindre l'objectif d'une réduction de 10 % des décès dans les régions où existe une surmortalité par rapport à la moyenne nationale.

La lutte contre les autres pathologies chroniques

Les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'asthme, l'insuffisance rénale chronique et la mucoviscidose feront l'objet d'un plan, alliant prévention, prise en charge et organisation des soins. L'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité, l'accès aux traitements antalgiques par l'élaboration de guides méthodologiques et par la formation des professionnels, et la création de nouvelles consultations et unités de soins palliatifs, seront poursuivis.

La mortalité prématurée évitable due notamment au tabac et à l'alcool deviendra enfin une réelle priorité nationale.

La lutte contre les pathologies infectieuses

Pour le sida, les actions nouvelles prennent en considération les deux éléments majeurs que sont la régression de la mortalité sous l'effet des traitements anti-rétroviraux et le relâchement des comportements de prévention dans les différents milieux exposés. La surveillance épidémiologique sera renforcée grâce à la notification obligatoire de la séropositivité devenue désormais possible par une protection renforcée de la confidentialité des données. Sur le plan thérapeutique, les problèmes posés par la tolérance des traitements lourds seront mieux pris en compte, et l'accès aux nouveaux traitements sera accéléré, en particulier pour les malades en situation d'échappement thérapeutique. Pour les hépatites, la politique menée associera une campagne d'information à l'égard du grand public et une prévention renforcée vis-à-vis des risques liés à l'utilisation de certains dispositifs médicaux, à la transfusion (dépistage génomique viral) ou à certaines pratiques corporelles (information et prévention au regard du piercing). Le dépistage sera ciblé sur les groupes les plus exposés. La mise en place de pôles de référence permettra le renforcement de l'accès au traitement de l'hépatite C.

La lutte contre les maladies émergentes et orphelines

La crise de la vache folle et l'apparition en France du nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob démontrent à quel point la vigilance s'impose en matière de maladies émergentes. Les dispositifs de suivi mis en place seront renforcés. Par ailleurs les maladies rares, qui, compte tenu de leur nombre important, touchent plus de 4 millions de personnes en France, représentent l'un des principaux défis rencontrés par la médecine aujourd'hui. Malgré la diversité de ces pathologies qui ont en commun leur gravité, une politique globale est indispensable, pour favoriser l'accès à un diagnostic précoce, renforcer la prise en charge, développer des pôles de ressources et de compétences et favoriser le travail en réseau. La prise en charge par la sécurité sociale des médicaments orphelins sera aussi accélérée, en ville comme à l'hôpital.

La lutte contre les pratiques addictives

La politique de prévention des consommations à risques sera renforcée ; les actions de prévention s'appuieront sur des programmes intégrant les connaissances scientifiques. La prise en charge globale sera améliorée et l'accent sera mis en particulier sur le travail en réseau et le repérage précoce des consommations nocives. La politique de réduction des risques sera consolidée et l'exercice de la substitution, notamment en milieu carcéral, poursuivi.

Une action efficace de prévention et de lutte contre le tabagisme doit être poursuivie, notamment pour soutenir ceux qui souhaitent arrêter de fumer. C'est pourquoi il est tout à fait envisageable de prévoir le remboursement des produits favorisant le sevrage tabagique par l'assurance maladie.

La lutte contre la démence

La prévalence globale de la démence est estimée en France à 500 000 cas et sa forte augmentation résulte de l'allongement de la vie et de l'accroissement du nombre de personnes âgées. L'objectif de ce plan est de développer une meilleure organisation des soins et de permettre une prise en charge possible à domicile. De plus, la loi relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) permettra le développement des services de proximité, ainsi que des réseaux de soins pour améliorer la prise en charge à domicile de ces patients.

La santé des populations les plus fragiles

D'autres programmes seront destinés à la santé des jeunes, avec un volet prévention renforcé, et à la santé des femmes, autour de l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse. La lutte contre les

violences faites aux femmes, et plus généralement contre les agressions sexuelles, en particulier sur les mineurs, sera développée. Le volet santé du dispositif de lutte contre les exclusions sera encore renforcé, notamment par le renforcement des outils existants (PRAPS, PASS, ...) ainsi que par la lutte contre l'habitat insalubre (saturnisme). Enfin, des programmes de santé sont construits pour répondre aux besoins spécifiques de certaines populations, telles que les résidents outre-mer et les détenus.

Les actions d'intérêt général

Le développement des greffes sera poursuivi, sur la base du plan lancé en juin 2000. L'accompagnement des fins de vies sera encouragé, en favorisant le retour au domicile grâce au développement de la prise en charge de proximité et le renforcement de la lutte contre la douleur, à partir des consultations spécialisées et des unités de soins palliatifs.

1-2.- La sécurité sanitaire sera renforcée selon une approche intégrée dans la démarche de soins.

La politique de sécurité sanitaire repose sur deux piliers fondamentaux : la surveillance, l'évaluation et la gestion des risques d'un côté, le suivi et le contrôle quotidien de l'application des règles de l'autre.

En matière de risque infectieux, les efforts de soutien à la recherche et à la veille épidémiologique sur les pathologies liées aux agents transmissibles non conventionnels (tel le nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob) seront renforcés. Dans le cadre du plan national de lutte contre les infections nosocomiales, les mesures engagées en 2001 seront confortées : renforcement des équipes d'hygiène hospitalière, amélioration des pratiques d'hygiène et notamment des procédures de désinfection et de stérilisation, développement des dispositifs médicaux à usage unique. La coordination interrégionale des actions de lutte contre les infections nosocomiales sera renforcée afin notamment d'assurer l'efficacité du dispositif de signalement des infections nosocomiales et des actions d'évaluation.

Des actions concourant au bon usage du médicament et à la prévention des accidents iatrogènes médicamenteux seront conduites : soutien aux comités du médicament et des dispositifs médicaux stériles des établissements de santé, développement de bonnes pratiques de pharmacie hospitalière, information des professionnels, en ville comme en hôpital, sur la sécurité d'utilisation des produits de santé. La rationalisation de l'utilisation des antibiotiques constituera un axe prioritaire.

L'amélioration de la sécurité des soins s'appuiera également sur des actions de sécurisation de l'environnement du malade, et notamment sécurité

anesthésique, périnatale, sécurité environnementale vis-à-vis des risques liés à l'eau (légionelles par exemple).

Les établissements de santé seront encouragés à développer des programmes de gestion des risques leur permettant de mener des actions coordonnées et pluridisciplinaires, en lien avec les représentants des usagers.

Enfin, la sécurité sanitaire repose à la fois sur l'application stricte du principe de précaution, mais aussi sur l'affirmation indispensable du principe de responsabilité. Cette responsabilité partagée suppose un effort accru de pédagogie du risque, en assurant l'information des citoyens pour permettre l'exercice du droit de choisir. L'indemnisation des accidents thérapeutiques lorsque la responsabilité du médecin n'est pas engagée constitue un levier important pour restaurer la confiance entre les patients et les médecins. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé créera un Office national d'indemnisation, lequel, en l'absence de toute faute thérapeutique, sera chargé d'indemniser les malades, et ce dans un délai raccourci.

1-3.- L'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins sera poursuivie

1-3-1.- Les soins de ville

Le Gouvernement a ouvert le 25 janvier 2001 un dialogue avec les professionnels de santé et pris la mesure de leurs demandes portant sur leurs conditions d'exercice et les modalités du dispositif de régulation. A cette fin, il a nommé une mission de concertation qui a formulé une série de propositions portant sur les modalités d'exercice des professionnels libéraux, leur mission et la rénovation du cadre conventionnel qui les lie aux caisses d'assurance maladie. Ces propositions ont été examinées lors de la rencontre du 12 juillet 2001 associant les professionnels, les caisses et les partenaires sociaux. Sur cette base, le Gouvernement a arrêté un certain nombre d'orientations. Il a présenté un document retraçant ses propositions. Celles-ci seront mises en œuvre, après consultation des caisses d'assurance maladie et des professionnels.

La première orientation est de mieux reconnaître le rôle des professionnels libéraux dans le système de soins. Le Gouvernement va créer un Observatoire de la démographie des professions de santé, chargé de rassembler, d'expertiser et de diffuser des connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé, au contenu de leurs métiers et à leurs évolutions, d'identifier les besoins en matière de production de statistiques et d'études et de susciter les scénarios à court et moyen terme sur l'évolution des métiers de santé. Le Gouvernement engage également une démarche pour repérer les zones dans lesquelles un accès aisé aux soins n'est

plus assuré. Il mettra en œuvre un dispositif d'aide à l'installation pour faire face aux difficultés ainsi identifiées. Il présentera enfin des propositions destinées à réduire l'insécurité à laquelle sont confrontés les professionnels de santé dans les quartiers difficiles.

Le dispositif d'évaluation des compétences des médecins se met en place par la collaboration de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et des unions régionales de médecins libéraux (URML). L'extension de l'évaluation des pratiques professionnelles aux professions paramédicales sera mise en œuvre. Un important travail est entrepris, en coopération avec l'ANAES et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), pour améliorer les délais d'élaboration des recommandations de bonne pratique, outils nécessaires pour faire vivre le système d'évaluation et de gestion de la compétence.

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit une réforme profonde et ambitieuse de la formation continue des médecins.

Outil essentiel de coordination, les réseaux de santé doivent permettre une meilleure adéquation entre les besoins et l'offre de soins, assurer une continuité des soins effective et développer la qualité des pratiques. Le Gouvernement souhaite s'engager dans la voie de financements pérennes et de l'harmonisation des procédures de création de réseaux.

Enfin, l'informatisation du système de santé a poursuivi son développement en 2001. Plus de 180 000 professionnels de santé disposent de leur carte de professionnel de santé. Plus de 50 % des médecins transmettent désormais par voie télématique leurs feuilles de soins aux caisses primaires d'assurance maladie. Le nombre de feuilles de soins fait plus que doubler chaque trimestre ; en juin 2001, 175 millions de feuilles de soins ont ainsi été transmises à l'assurance maladie.

Le second objectif est de mieux gérer le système des soins de ville. Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé propose une clarification de la procédure d'élaboration de la politique de santé. Le Conseil national de santé que le Gouvernement propose de créer sera chargé de constituer une ressource d'expertise et de proposition sur la définition des priorités et les financements à y consacrer.

Le Gouvernement envisage de préciser l'organisation et le champ de la délégation de gestion aux caisses, notamment la procédure des rapports d'équilibre. Un nouvel équilibre doit être trouvé pour organiser les relations de l'Etat et de l'assurance maladie autour de rendez-vous fixes et concertés : l'efficacité de la délégation de gestion suppose donc une meilleure liaison entre la convention d'objectifs et de gestion qui lie contractuellement l'Etat à

la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les conventions qui lient l'assurance maladie aux professionnels.

Un large accord existe sur le maintien de l'outil conventionnel, qu'il convient cependant d'approfondir, d'élargir et de rénover. Plusieurs pistes ont été dégagées sur cette question qui ne font pas à l'heure actuelle l'objet d'un consensus. Le Gouvernement va donc ouvrir une concertation en vue de déterminer les modalités d'une évolution du système conventionnel et d'un renforcement de l'efficacité du système de régulation.

D'ores et déjà, dans le cadre du renouveau du dialogue social voulu par le Premier ministre, le Gouvernement a engagé un travail approfondi avec les partenaires sociaux sur l'organisation de l'assurance maladie qui porte sur la composition et les missions des conseils d'administration, les relations avec l'Etat, l'ordonnancement du réseau de la CNAMTS et la régionalisation, les compétences et l'organisation du service médical. Ces éléments seront discutés au cours de l'année à venir, en étroite concertation avec les organisations syndicales et professionnelles.

1-3-2.- Le médicament

La progression des dépenses de médicament en 2000 s'est fortement accélérée (+10,5 %). Le Gouvernement a annoncé la mise en œuvre d'une série de mesures pour permettre l'accès des patients aux nouvelles molécules, et pour améliorer l'efficacité des instruments de régulation.

Il a souhaité, en premier lieu, renforcer les actions en matière de bon usage du médicament. A cette fin, l'information des patients et des prescripteurs est renforcée : les avis de la Commission de la transparence sont désormais publiés dès leur approbation, le fonds de promotion de l'information fournira une information objective sur le médicament.

L'assurance maladie a engagé des discussions en vue d'aboutir à des accords de bon usage avec les prescripteurs. Dans ce cadre, les recommandations de bonnes pratiques produites par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ont un rôle central.

L'observatoire des prescriptions a repris son action afin d'établir un bilan des pratiques en matière d'utilisation des médicaments et en particulier des anti-cancéreux et des anti-ulcéreux. Enfin, l'admission au remboursement des médicaments innovants s'accompagnera d'une évaluation renforcée afin de mieux appréhender leur impact en matière de santé publique et leur inscription dans les stratégies thérapeutiques.

Le développement des génériques sera fortement encouragé. A cette fin, une campagne d'information associant l'Etat, l'assurance maladie et la

mutualité sera mise en œuvre. La possibilité de prescrire en dénomination commune internationale (et non plus uniquement en nom de marque) sera ouverte. Des accords de bon usage pourront porter sur la prescription de génériques. Des discussions ont été engagées avec les pharmaciens afin de relancer la substitution. Les procédures d'inscription sur le répertoire des groupes génériques ont également été simplifiées et améliorées.

L'efficacité de la régulation des dépenses a également été notablement renforcée. Des baisses de prix concernant principalement les spécialités dont le service médical rendu a été jugé insuffisant et les médicaments déjà amortis dont le volume et la croissance sont élevés ont été mises en œuvre pour un montant de 366 millions d'euros, après négociation avec les firmes pharmaceutiques. Le Gouvernement a également annoncé son intention de mettre en cohérence le niveau de remboursement des médicaments avec les résultats de la réévaluation du service médical rendu.

Des actions relatives au bon usage du médicament au sein des établissements de santé ont été développées. Des réunions régionales sur le médicament à l'hôpital seront organisées à partir des travaux des comités du médicament des hôpitaux dans le but de renforcer l'information et de favoriser les échanges sur les bonnes pratiques. Le renforcement des procédures d'achat au sein des établissements hospitaliers sera poursuivi.

1-3-3.- La politique hospitalière

Les Français bénéficient d'un service public hospitalier qui allie une haute qualité des soins avec une répartition des établissements équilibrée sur l'ensemble du territoire. Ses performances remarquables sont le résultat de l'engagement des personnels dans l'accomplissement de leurs missions. La politique hospitalière du Gouvernement s'attachera à conforter ces réussites et à améliorer le statut des personnels.

1-3-3-1.- Améliorer l'organisation des soins

Les objectifs définis en matière de politique hospitalière depuis trois ans sont : la promotion de la qualité et de la sécurité des soins, la poursuite de la réduction des inégalités dans l'accès aux soins et l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population.

S'agissant de la promotion de la qualité et la sécurité des soins, des textes sur les dispositifs de vigilance (hémovigilance, matériovigilance), sur la gestion des risques ont défini des procédures applicables dans l'ensemble des établissements.

La procédure d'accréditation, dont est chargée IANAES, donne aussi aux établissements l'opportunité de travailler sur leurs organisations et les entraîne vers une recherche d'amélioration de la qualité.

La réduction des inégalités d'accès aux soins s'est poursuivie par les opérations effectuées dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Le desserrement des indices de certains équipements lourds est une partie des réponses pour atteindre cet objectif.

L'adaptation de l'offre de soins s'effectue au travers des schémas régionaux d'organisation sanitaires de seconde génération (1998-2004). L'élaboration des SROS a constitué un temps fort de concertation avec les professionnels, les élus et la population au terme d'une procédure de dix-huit mois.

Ces schémas prennent en compte des priorités nationales (urgences, périnatalité). De même, vingt-quatre régions ont défini des objectifs pour une meilleure organisation de la prise en charge des cancers et dix-sept régions pour les maladies cardiovasculaires.

Les soins palliatifs ou la prise en charge de la douleur chronique rebelle ont été retenus dans neuf régions pour accompagner le plan triennal lancé en 1998.

Des priorités régionales sont également mises en œuvre principalement sur les soins de suite et de réadaptation, les plateaux techniques chirurgicaux et la prise en charge des personnes âgées.

A l'occasion de l'élaboration de ces schémas, de nouveaux modes de prise en charge, valorisant la coopération ont été envisagés (réseaux, groupement de coopération sanitaire, hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour...), incitant les professionnels à travailler ensemble. *L'organisation des urgences devient un souci majeur pour assurer la continuité des soins et la qualité de l'accueil.*

Les réorganisations se sont intensifiées : cent onze communautés d'établissements sont constituées ou en cours de constitution dans les cent cinquante secteurs sanitaires et cent vingt réseaux sont agréés ou en cours d'agrément par les agences régionales de l'hospitalisation. Ces opérations impliquent au moins deux partenaires, ce qui signifie que le mouvement actuel de recomposition repose plus sur des recherches de complémentarité, de partage d'activités entre les établissements de santé existants que sur des opérations isolées (fermeture, conversion d'établissements).

Pour accompagner cette modernisation en profondeur du tissu hospitalier, plusieurs fonds ont été créés dès 1998 : le Fonds d'investissement

pour la modernisation des établissements et le Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux, qui a vu ses missions évoluer vers des missions d'aide au développement des actions de modernisation sociale : contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, projets sociaux notamment.

La tarification à la pathologie sera rapidement mise en application après expérimentation dans les régions.

1-3-3-2.- Une politique sociale renforcée

Cette politique de recomposition du tissu hospitalier, accompagnée par les fonds de modernisation, a entraîné pour les personnels des adaptations dans leur organisation du travail liées, d'une part, aux besoins d'une plus grande technicité, dans toutes les filières professionnelles et, d'autre part, aux usagers, qui ont eu un recours plus important à l'établissement de santé.

Devant ces évolutions qui ont un impact sur les conditions de travail, le protocole du 13 mars 2000 (335 millions d'euros), du 14 mars 2000 (1.524 millions d'euros sur trois ans) et le protocole du 14 mars 2001 (336 millions d'euros) ont donné les outils complémentaires indispensables pour reconnaître la place des personnels dans les établissements.

Les deux premiers protocoles ont porté sur la reconnaissance de la place des personnels hospitaliers dans le dispositif de modernisation. Ils ont permis de reconnaître et valoriser les postes médicaux difficiles, de dégager des moyens pour remplacer les personnels absents, de promouvoir la formation professionnelle, d'améliorer les conditions de travail, enfin de renforcer la sécurité des personnels face au développement de la violence. Ils ont par ailleurs identifié les secteurs hospitaliers qui devaient faire l'objet de réflexions particulières (urgences, psychiatrie). Le protocole du 14 mars 2001 a porté sur la reconnaissance de professions et métiers de l'hôpital et l'amélioration des cursus professionnels. Par ailleurs, le protocole du 3 avril 2001 relatif à la situation des étudiants infirmiers apporte des améliorations sensibles à leur régime, *notamment au niveau des bourses (nombre et montant)*, dans le contexte de l'augmentation de 43 % en un an de l'effectif des promotions.

L'année 2002 verra également mise en œuvre la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière et pour les médecins hospitaliers.

Dès le 21 décembre 2000, la ministre de l'emploi et de la solidarité a réuni les représentants de la communauté hospitalière publique pour lancer le chantier de la réduction du temps de travail. Les négociations étaient ouvertes avec les organisations syndicales de la fonction publique hospitalière le 17 janvier 2001 et avec les représentants des praticiens hospitaliers le 15

février 2001. Un protocole d'accord est en cours de discussion en septembre 2001 en ce qui concerne les personnels de la fonction publique hospitalière.

La réduction du temps de travail doit répondre aux attentes des personnels en matière de conditions de vie au travail et de vie personnelle. Les conséquences sont directes sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers. C'est pourquoi, afin de réussir cette réforme, la première étape définie par le Gouvernement a été, dès le second trimestre 2001, la réalisation du diagnostic de l'organisation existante dans chaque établissement.

Compte tenu de la spécificité des missions des établissements dont les personnels relèvent de la fonction publique hospitalière, le Gouvernement a décidé d'accompagner la réduction du temps de travail par la création de 45.000 emplois. Ces emplois devront être pourvus dans les trois années qui viennent (2002-2004). Pour soutenir ces recrutements, un effort important est fait sur la formation initiale des professions de santé (professions paramédicales, sages-femmes) et sur celle des aides-soignants.

Dans la démarche promue par le Gouvernement et discutée avec la communauté hospitalière, une attention particulière sera portée à la qualité des négociations menées dans chaque établissement et sur les accords locaux qui en résulteront. En effet, si les emplois supplémentaires ont été considérés comme indispensables pour mettre en place la réduction du temps de travail, il a toujours été souligné que la réussite de cette réforme était liée aux capacités des établissements à rénover leurs organisations du travail. C'est au travers des accords passés que ce volet majeur pourra, dans un premier temps, être évalué. Par ailleurs, dès le début de la mise en œuvre, des comités de suivi et d'évaluation aux niveaux local, régional et national seront installés.

2° La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles

Le Gouvernement souhaite progresser sur la voie d'une meilleure réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. En juin 2001, le Professeur Roland Masse lui a remis un rapport sur la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles, concluant à la nécessité de faire évoluer ce dispositif, dans le sens d'une meilleure prise en compte de l'ensemble des préjudices des victimes. Le Gouvernement travaillera dans les prochains mois, en concertation avec les partenaires sociaux, les associations de victimes et la CNAMTS, pour approfondir les pistes qu'ouvre ce rapport.

Sans attendre les résultats de ces travaux et dans le respect des règles actuelles de fonctionnement de la branche accidents du travail, il procède dès cette année à des aménagements de la législation actuelle afin d'améliorer la

réparation allouée aux victimes, en prévoyant un mécanisme d'indexation des indemnités en capital et en assouplissant par décret les conditions d'accès au système dérogatoire de reconnaissance des maladies professionnelles.

Le Gouvernement poursuivra ses efforts en matière de réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, accueillera ses premières demandes d'indemnisation en octobre. Il sera doté d'un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de 438 millions d'euros en 2001, et de 76 millions d'euros en 2002.

Par ailleurs, la levée de la prescription pour les dossiers de victimes professionnelles de l'amiante, décidée pour deux ans dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, sera pérennisée.

Enfin, la sous-reconnaissance des maladies professionnelles a conduit à l'institution d'un versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie, destiné à couvrir les charges que l'assurance maladie doit supporter à ce titre. De nombreux travaux, et dernièrement le rapport du professeur Masse, ont souligné, à côté de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles, l'existence d'une sous-déclaration des accidents du travail. C'est pourquoi le Gouvernement a prévu d'étendre le mécanisme de compensation entre la branche accidents du travail et la branche maladie au coût des accidents du travail qui ne sont pas déclarés. Pour 2002, le Gouvernement a fixé à titre provisionnel le montant de cette contribution à 152 millions d'euros.

3° La politique à l'égard des personnes handicapées

Le Gouvernement met en œuvre une politique interministérielle qui considère la personne handicapée dans la totalité de ses besoins et de ses attentes. Elle a pour objectif de garantir une solidarité en faveur de ceux que le handicap a le plus durement touché et de favoriser l'autonomie de tous ceux qui peuvent s'intégrer dans le milieu de vie ordinaire.

Poursuivant les orientations exposées par le Premier ministre devant le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPPH), le Gouvernement s'est engagé sur les trois volets principaux de ce programme :

- la création pour la deuxième année consécutive de places pour les enfants les plus lourdement handicapés (handicap mental profond, poly-handicap), pour les autistes, pour les traumatisés crâniens ou cérébro-lésés. Parallèlement, un effort de création de places nouvelles est poursuivi pour les maisons d'accueil spécialisé pour les foyers à double tarification ou pour les centres d'aides par le travail ;

- le développement des moyens permettant l'intégration des jeunes handicapés : centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). La réforme de l'allocation d'éducation spéciale (AES) entrera progressivement en œuvre à compter du premier trimestre 2002 ;

- la généralisation des « sites pour la vie autonome » sur tout le territoire en 2002 et 2003 afin que les personnes handicapées trouvent dans un lieu unique les moyens de répondre à leur demande d'aide technique, d'aide humaine et d'un aménagement de logement ou de leur lieu de vie ordinaire.

4° La politique en faveur des familles

A l'occasion de la Conférence de la famille qui s'est tenue le 11 juin 2001 sous la présidence du Premier ministre, le Gouvernement a poursuivi la rénovation de la politique familiale qu'il a entreprise depuis 1998. En réunissant ainsi chaque année les partenaires sociaux, les élus et les associations familiales, le Premier ministre a su instaurer un réel dialogue avec eux. C'est sur ces échanges fructueux que le Gouvernement bâtit une politique familiale qui fait vivre les valeurs de solidarité et de fraternité qui sont le ciment de notre société.

L'importance donnée à l'exercice de la fonction parentale, et la nécessité d'arriver à une véritable parité parentale, ont conduit le Gouvernement à créer un congé de paternité. La place des pères dans les premiers temps de la vie de l'enfant n'était pas suffisamment reconnue. La création de ce congé de onze jours, qui s'ajoute aux trois jours déjà prévus par le code du travail, permettra aux pères de prendre au total deux semaines de congé auprès de leur enfant et de sa mère. Dans un souci de simplicité et de cohérence, le mode de calcul des indemnités journalières sera aligné sur celui du congé de maternité.

Soucieux de permettre à un nombre croissant de femmes de concilier vie professionnelle et vie familiale, le Gouvernement maintient ses efforts en matière d'accueil de la petite enfance. Le Fonds d'investissement petite enfance, destiné à financer des dépenses d'équipement en matière d'accueil de la petite enfance, qui avait été doté de 229 millions d'euros en 2001, sera abondé de la même somme en 2002 ; ainsi, entre 25 000 et 30 000 enfants supplémentaires pourront être gardés. Un effort particulier sera fait cette année en faveur de l'accueil des deux-trois ans et de l'équipement des assistantes maternelles.

Afin notamment d'accompagner en fonctionnement la création de nouvelles places de crèches, la convention d'objectifs et de gestion, que l'Etat a signé avec la Caisse nationale des allocations familiales à la suite de la

Conférence de la famille, garantit une forte progression du Fonds national d'action sociale, de plus de 910 millions d'euros entre 2001 et 2004. L'engagement pluriannuel de l'Etat et de la Caisse nationale des allocations familiales à travers cette convention d'objectifs et de gestion est une avancée très importante pour la branche famille. Au-delà de l'accueil de la petite enfance, les caisses d'allocations familiales pourront également développer leurs actions d'aide aux loisirs des enfants et des jeunes, à travers les contrats temps libre, qui seront ouverts à titre expérimental aux seize-dix-huit ans.

Le Gouvernement entend favoriser l'autonomie des jeunes adultes, dont les besoins sont aujourd'hui encore mal pris en compte. Une Commission nationale pour l'autonomie des jeunes se penchera sur cette question dans les prochains mois. Elle présentera ses conclusions et propositions au Premier ministre avant le 31 décembre 2001.

Dès à présent, afin de répondre à cette préoccupation financière majeure pour les jeunes qu'est le logement, le Gouvernement a décidé de réviser le calcul de l'évaluation forfaitaire des ressources pour le calcul des aides au logement pour les jeunes de moins de 25 ans, afin d'en effacer les effets pénalisants.

Après avoir mis en œuvre en 2001 la première phase de sa réforme des aides au logement, le Gouvernement mettra en œuvre sa deuxième phase en 2002. Ainsi, le barème définitif pour l'allocation de logement familiale, l'allocation de logement sociale et l'aide personnalisée au logement sera-t-il instauré au 1^{er} janvier 2002. Il permettra de traiter de manière égale tous les foyers qui perçoivent les mêmes revenus, quelle que soit leur nature. La réforme touchera 4,3 millions de foyers ; plus d'un million de foyers percevront 30 € par mois de plus, et aucun ménage ne verra son aide diminuer.

Répondant à la demande des parents d'enfants handicapés, le Gouvernement va mettre en œuvre une réforme de l'allocation d'éducation spéciale. Cette réforme améliorera les aides versées aux familles, en tenant mieux compte de la diversité des situations.

Enfin, le Gouvernement poursuit dans le même temps son important chantier de refonte du droit de la famille. Les aménagements qui y seront apportés (sur le nom patronymique, sur l'affirmation de l'autorité familiale, sur la simplification du divorce...) participent tous de cette vision moderne de la famille, adaptée aux réalités de la vie, qui est celle qu'il entend porter à travers sa politique familiale.

5° La politique à l'égard des personnes âgées

5-1.- Associer les retraités aux fruits de la croissance et garantir l'avenir des régimes de retraite

Déficitaire jusqu'en 1998, la branche vieillesse a renoué avec les excédents en 1999, et dégagera une capacité de financement d'environ un milliard d'euros en 2002. Ces excédents retrouvés permettent d'associer les retraités aux fruits de la croissance, tout en préparant l'avenir des régimes de retraite.

Pour 2002, le Gouvernement propose de revaloriser les pensions, alors que l'inflation prévisionnelle est de 1,5 %. Ce « coup de pouce » portera à 1,4 % le gain de pouvoir d'achat des retraités par rapport à l'inflation depuis 1997. Grâce à la suppression de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) en 2001 pour les retraités non imposables à l'impôt sur le revenu, le gain de pouvoir d'achat pour ces derniers s'élèvera sur la même période à 1,9 %. Les retraités imposables bénéficieront quant à eux de la baisse des taux d'imposition sur les revenus.

Conformément à l'engagement pris par le Premier ministre le 20 mars 2000, le Gouvernement abonde le Fonds de réserve pour les retraites en poursuivant la concertation sur les réformes nécessaires de nos régimes de retraite.

Le Fonds de réserve pour les retraites, créé en 1998 et institué sous forme d'établissement public par la loi du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel, voit son plan de charge initial conforté avec un montant de ressources cumulées de plus de 12,5 milliards d'euros à la fin de 2002.

Le caractère pérenne des sources de financement du Fonds de réserve pour les retraites sera encore accentué en 2002, puisque la part du produit du prélèvement de 2 % sur le patrimoine affectée au fonds sera portée de 50 % à 65 %. Le fonds de réserve disposera de plus de 152 milliards d'euros, conformément à son objectif annoncé pour 2020, qui lui permettront de couvrir une partie des déficits prévisionnels des régimes de retraite entre 2020 et 2040.

Dès le début de 2002, le conseil de surveillance du fonds, associant notamment des parlementaires et des représentants des partenaires sociaux, sera, grâce à des pouvoirs étendus, le garant de la bonne gestion du fonds.

Enfin, le Gouvernement a créé le Conseil d'orientation des retraites. Associant parlementaires, partenaires sociaux, personnalités qualifiées et représentants de l'administration, le Conseil d'orientation des retraites assure un suivi permanent de l'ensemble des questions relatives à la retraite. Son premier rapport, qui doit être rendu public avant la fin de l'année 2001, portera

un diagnostic partagé sur les prévisions des régimes de retraite, et présentera les différentes mesures envisageables pour assurer la garantie de notre système de retraite.

5-2.- Diversifier la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées

Notre pays doit donner toute sa place à l'âge dans notre société. Il faut pouvoir vieillir en France dans la dignité.

Être respecté dans sa dignité, son intégrité, ses besoins de dialogue, d'échange, de relations sociales, être entendu sur les demandes de santé, d'hygiène de vie, bénéficier d'un niveau de revenus et de conditions de vie satisfaisantes, tels sont les souhaits des personnes âgées aujourd'hui. C'est l'espérance de tous ceux qui avancent en âge et, demain, de chacun.

Par rapport aux générations précédentes, la population vit plus longtemps. Obligation est faite aux pouvoirs publics de donner un nouveau sens à ces années ajoutées à l'espérance de vie. Mais cet allongement de la vie qui ouvre tant de nouvelles possibilités s'accompagne souvent d'une perte d'autonomie, risque normal dans des vies qui s'allongent.

Donner aux personnes âgées un nouveau droit, le droit à l'autonomie, tel est le choix du Gouvernement avec la nouvelle loi adoptée le 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Avec la création de cette nouvelle allocation dont vont pouvoir bénéficier près de 800 000 personnes, l'effort du Gouvernement s'ordonne selon deux axes, en fonction des choix du lieu de vie des personnes âgées :

- le développement du maintien à domicile en faisant jouer tout leur rôle aux centres locaux d'information et de coordination : l'effort se poursuit, d'une part, en matière de création de services de soins à domicile, d'autre part, dans le cadre d'un plan pluriannuel de cinq ans devant conduire à la création de 20 000 places nouvelles, soit un doublement du rythme de progression ;

- la réalisation d'un plan ambitieux pour les structures accueillant des personnes âgées dépendantes dont l'objectif est de permettre à chaque établissement de s'engager dans une démarche de qualité : 915 millions d'euros en cinq ans de crédits supplémentaires, afin de répondre aux besoins d'une plus grande médicalisation de tous ces établissements.

6° La modernisation de la comptabilité des régimes de sécurité sociale

Pour la première fois en 2002, les agrégats de la présente loi de financement de la sécurité sociale sont présentés et votés en droits constatés. Le plan comptable unique des organismes de sécurité sociale sera mis en œuvre au 1^{er} janvier. Le Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale et la mission comptable permanente, créés par le décret n° 2001-859 du 19 septembre 2001 pris en d'application de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, permettront de faire évoluer ce plan comptable et d'améliorer la lisibilité des comptes des organismes de sécurité sociale.

C'est là l'aboutissement d'un engagement pris par le Gouvernement devant le Parlement à l'automne 1999. Sa réalisation entraînera une modernisation considérable de la comptabilité des régimes de sécurité sociale, au service d'une meilleure information du Parlement et des Français quant à la situation financière de la sécurité sociale, gage d'un enrichissement du débat démocratique sur les grandes orientations de la politique de sécurité sociale.

A N N E X E N° 2

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

*Le texte suivant est le texte de l'amendement n° 1 adopté par la
Commission des affaires sociales du Sénat.*

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

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

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

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

· Retrouver l'ambition initiale des lois de financement

A l'issue d'une période de croissance exceptionnelle, la situation des comptes sociaux apparaît paradoxalement d'une extrême fragilité.

L'exercice 2002 affiche un excédent prévisionnel de nature symbolique au regard de l'importance du budget social et, de surcroît, grevé d'une grande incertitude compte tenu des hypothèses particulièrement volontaristes qui ont été retenues tant pour la croissance économique que pour l'évolution des dépenses d'assurance maladie.

Davantage, la sécurité sociale aborde les difficultés qui viennent sans aucune réserve financière et sans avoir ne serait-ce qu'amorcé les réformes indispensables pour affronter les échéances lourdes qui s'annoncent, liées notamment au vieillissement de notre population.

Enfin, en dépit de la part croissante des prélèvements obligatoires qu'ils ont consacrée aux dépenses sociales, les Français n'ont pas le sentiment d'être mieux soignés, mieux protégés et de pouvoir regarder vers l'avenir avec sérénité.

Cet échec tient pour beaucoup au détournement dont ont été l'objet les lois de financement de la sécurité sociale.

Dès qu'est apparue la perspective fragile d'un redressement des comptes sociaux, ces lois ont été en effet transformées en instrument de financement d'une politique de l'emploi aventureuse, les trente-cinq heures.

Dès lors, ces lois n'ont-elles guère dépassé le stade initial de la mise en œuvre d'un nouveau plan de sauvetage de la sécurité sociale et n'ont pu jouer leur véritable rôle : celui de permettre un débat annuel sur les priorités de la protection sociale, et sur les moyens financiers que la collectivité est prête à lui consacrer, faire apparaître clairement aux yeux des Français la raison d'être de l'effort qu'ils consentent et le bénéfice qu'ils sont en droit d'attendre.

La législature qui s'achève porte ainsi une lourde responsabilité.

C'est pourtant cette ambition initiale que doivent retrouver les lois de financement de la sécurité sociale. Elles constituent un acquis essentiel pour garantir, dans la transparence et dans le cadre d'un débat démocratique, l'avenir de notre système de protection sociale.

· Débattre des priorités de santé publique

A l'évidence, les orientations de la politique de santé ne sauraient être cantonnées à un cadre annuel. Les travaux du Haut comité de santé publique et de la Conférence nationale de santé en témoignent clairement. Cette constatation de bon sens ne doit pas conduire à s'abstenir de tout débat au motif que les lois de financement de la sécurité sociale s'inscrivent dans un cadre annuel.

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

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

Une telle démarche apparaît préférable à celle consistant, d'une part, à prévoir chaque année au Parlement un débat sur la santé, qui risque fort d'être décevant car répétitif et dépourvu d'enjeu et de traduction concrète et, d'autre part, à évoquer, de manière vague, le caractère pluriannuel qui pourrait être conféré à l'ONDAM.

Quelle que soit la solution qui pourrait être retenue, il importe que l'ONDAM puisse réellement remplir sa fonction.

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

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

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

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

Mais il semble illusoire de prétendre conduire durablement une telle démarche dans un contexte marqué par la multiplication des ponctions sur les recettes de l'assurance maladie dont témoigne le présent projet de loi de financement qui aggrave dans des proportions considérables des déficits déjà insupportables.

· *Clarifier les circuits financiers*

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

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

Il revient certes au Parlement de faire apparaître, grâce à un travail de décryptage long et fastidieux, la réalité économique de ces transferts qui, au demeurant, est simple et répétitive : ponctionner la sécurité sociale pour financer la coûteuse politique des trente-cinq heures.

Les lois de financement, qui devaient, chaque année, permettre un débat lucide sur les comptes sociaux, ont été ainsi utilisés pour mettre en place des circuits financiers opaques, chaque année modifiés et masquant des transferts illégitimes.

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

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

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

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

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

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

TABLEAU COMPARATIF

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	—	—
	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002
	TITRE I ^{er}	TITRE I ^{er}	TITRE I ^{er}
	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE
	Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}	Article 1 ^{er}
	Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2002.	<i>Sans modification, sous réserve des amendements adoptés au rapport annexé</i> (cf annexe 1 du présent tableau comparatif)	<i>Sans modification, sous réserve de l' amendement adopté au rapport annexé</i> (cf annexe 2 du présent tableau comparatif)
		TITRE I ^{ER} BIS	TITRE I ^{ER} BIS
		CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE <i>[Division et intitulé</i>	CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	<p data-bbox="901 414 1021 448"><i>nouveaux]</i></p> <p data-bbox="829 481 1093 515">Article 1^{er} <i>bis</i> (nouveau)</p> <p data-bbox="821 548 1117 705">Après l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 111-8 ainsi rédigé :</p> <p data-bbox="893 705 1109 739">« Art. L. 111-8. -</p> <p data-bbox="821 739 1117 1187">Les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des affaires sociales et les autres commissions concernées adressent des questionnaires relatifs à l'application des lois de financement de la sécurité sociale au Gouvernement, avant le 10 juillet de chaque année. Celui-ci y répond par écrit au plus tard le 8 octobre. »</p> <p data-bbox="829 1243 1093 1276">Article 1^{er} <i>ter</i> (nouveau)</p> <p data-bbox="821 1310 1117 1467">I. - Après l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 111-9 ainsi rédigé :</p> <p data-bbox="893 1500 1109 1534">« Art. L. 111-9. -</p> <p data-bbox="821 1534 1117 2042">Les membres du Parlement qui ont la charge de présenter, au nom de la commission compétente, le rapport sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale suivent et contrôlent, sur pièces et sur place, l'application de ces lois auprès des administrations de l'Etat, des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole, de tout autre organisme privé</p>	<p data-bbox="1244 358 1300 380">—</p> <p data-bbox="1197 481 1348 515">Article 1^{er} <i>bis</i></p> <p data-bbox="1204 548 1404 582">Sans modification</p> <p data-bbox="1197 1243 1348 1276">Article 1^{er} <i>ter</i></p> <p data-bbox="1204 1310 1404 1344">Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	— gérant un régime de base de sécurité sociale légalement obligatoire et des établissements publics compétents. Réserve faite des informations couvertes par le secret de la défense nationale ou le secret médical, tous les renseignements d'ordre financier et administratif de nature à faciliter leur mission doivent leur être fournis. Ils sont habilités à se faire communiquer tout document de quelque nature que ce soit.»	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997</p>		<p>II. – L'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 (n° 96-1160 du 27 décembre 1996) est abrogé.</p>	
<p>Art. 2. - Les membres du Parlement qui ont la charge de présenter, au nom de la commission compétente, le rapport sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale suivent et contrôlent, sur pièces et sur place, l'application de ces lois auprès des administrations de l'Etat et des établissements publics compétents. Réserve faite des informations couvertes par le secret médical ou le secret de la défense nationale, tous les renseignements d'ordre financier et administratif de nature à faciliter leur mission doivent leur être fournis. Ils sont habilités à se faire communiquer tout document de quelque nature que ce soit.</p>		<p>Article 1^{er} <i>quater</i> (nouveau)</p>	<p>Article 1^{er} <i>quater</i></p>
<p>Code de la Sécurité Sociale</p>		<p>I. – Après l'article LO. 111-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 111-10 ainsi rédigé :</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Art. LO. 111-5. - En cas d'urgence, les limites prévues au 5° du I de l'article LO. 111-3 peuvent être relevées par décret pris en conseil des ministres après avis du Conseil d'Etat. La ratification de ces décrets</p>		<p>« Art. L. 111-10. – Lorsqu'il prend le décret visé à l'article LO. 111-5, le Gouvernement dépose devant le Parlement, dans un délai de quinze jours, un rapport présentant les raisons du dépassement des limites prévues au 5°</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>est demandée au Parlement dans le plus prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale.</p>		<p>de l'article LO. 111-3 et justifiant l'urgence qui exige ce recours à la voie réglementaire.»</p>	
<p>Loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 (n° 96-1160 du 20 décembre 1996)</p>		<p>II. – L'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 (n° 96-1160 du 20 décembre 1996) est abrogé.</p>	
<p>Art. 8. - Lorsqu'il prend le décret visé à l'article LO. 111-5 du code de la sécurité sociale, le Gouvernement dépose au Parlement, dans un délai de quinze jours, un rapport présentant les raisons du dépassement des limites prévues au 5° du I de l'article LO. 111-3 du même code et justifiant l'urgence qui exige ce recours à la voie réglementaire.</p>			
<p>Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999</p>			
<p>Art. 41.-</p>			
<p>.....</p> <p>V. - Le salarié qui est admis au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité présente sa démission à son employeur. Le contrat de travail cesse de s'exécuter dans les conditions prévues à l'article L. 122-6 du code du travail. Cette rupture du contrat de travail à l'initiative du salarié ouvre droit, au bénéfice du salarié, au versement par l'employeur d'une indemnité de cessation d'activité d'un montant égal à celui de l'indemnité</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>de départ en retraite prévue par le premier alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail et calculée sur la base de l'ancienneté acquise au moment de la rupture du contrat de travail, sans préjudice de l'application de dispositions plus favorables prévues en matière d'indemnité de départ à la retraite par une convention ou un accord collectif de travail ou par le contrat de travail.</p>	<p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES</p> <p>Article 2</p> <p>Le V de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« L'indemnité de cessation anticipée d'activité versée en application d'une convention collective de branche, d'un accord professionnel ou interprofessionnel, d'un accord d'entreprise, du contrat de travail ou d'une disposition unilatérale de l'employeur est exclue de l'assiette des cotisations sociales dans les mêmes conditions que l'indemnité légale mentionnée à l'alinéa précédent. »</p>	<p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES</p> <p>Article 2</p> <p>I. – Le ...</p> <p>... rédigé : Alinéa sans modification</p> <p>II (<i>nouveau</i>). – Les dispositions du I sont applicables aux indemnités payées depuis la date d'entrée en vigueur de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée.</p>	<p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES</p> <p>Article 2</p> <p>Sans modification</p>
<p>Code de la Sécurité sociale Art. L. 241-10. – I. - La rémunération d'une aide à</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>_____</p> <p>domicile est exonérée totalement des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales, lorsque celle-ci est employée effectivement à leur service personnel, à leur domicile ou chez des membres de leur famille, par :</p> <p>a) Des personnes ayant atteint un âge déterminé et dans la limite, par foyer, et pour l'ensemble des rémunérations versées, d'un plafond de rémunération fixé par décret ;</p> <p>b) Des personnes ayant à charge un enfant ouvrant droit au complément de l'allocation d'éducation spéciale mentionné à l'article L. 541-1 ;</p> <p>c) Des personnes titulaires :</p> <ul style="list-style-type: none">- soit de l'allocation compensatrice pour tierce personne ;- soit d'une majoration pour tierce personne servie au titre de l'assurance invalidité, de la législation des accidents du travail ou d'un régime spécial de sécurité sociale ou de l'article L. 18 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre ; <p>d) Des personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>ordinaires de la vie et titulaires :</p> <ul style="list-style-type: none">- soit d'un avantage de vieillesse servi en application du présent code ou du code rural ;- soit d'une pension d'invalidité servie par un régime spécial de sécurité sociale, sous réserve d'avoir dépassé un âge déterminé par décret ;- soit d'une pension allouée aux militaires invalides au titre de l'article L. 2 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de la guerre, sous réserve d'avoir dépassé un âge déterminé par décret ; <p>e) Des personnes remplissant la condition de perte d'autonomie prévue à l'article L. 232-2 du code de l'action sociale et des familles, dans des conditions définies par décret.</p> <p>L'exonération est accordée sur la demande des intéressés par l'organisme chargé du recouvrement des cotisations dans les conditions fixées par arrêté ministériel.</p> <p>Le bénéfice de ces dispositions ne peut se cumuler pour une même aide à domicile avec l'allocation de garde d'enfant à domicile prévue à l'article L. 533-1.</p> <p>II. - Les personnes qui ont passé un contrat conforme aux dispositions du cinquième alinéa de l'article 6 de la loi n° 89-475 du 10 juillet</p>	—	—	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>1989 relative à l'accueil par des particuliers, à leur domicile, à titre onéreux, de personnes âgées ou handicapées adultes sont exonérées totalement, dans les conditions prévues à l'avant-dernier alinéa du I, des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales dues sur la rémunération qu'elles versent à ces particuliers.</p> <p>III. - Les rémunérations des aides à domicile employées sous contrat à durée indéterminée ou sous contrat à durée déterminée pour remplacer les salariés absents ou dont le contrat de travail est suspendu dans les conditions visées à l'article L. 122-1-1 du code du travail par les associations admises, en application de l'article L. 129-1 du code du travail, à exercer des activités concernant la garde d'enfant ou l'assistance aux personnes âgées ou handicapées, les centres communaux et intercommunaux d'action sociale et les organismes habilités au titre de l'aide sociale ou ayant passé convention avec un organisme de sécurité sociale sont exonérées totalement des cotisations patronales d'assurances sociales, d'accidents du travail et d'allocations familiales pour la fraction versée en contrepartie de l'exécution des tâches effectuées chez les</p>		<p>Article 2 bis (nouveau)</p> <p>I. – Dans le premier alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux <i>b</i>, <i>c</i>, <i>d</i> et <i>e</i> du » sont remplacés par le mot : « au ».</p>	<p>Article 2 bis</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>personnes visées aux <i>b, c, d</i> et <i>e</i> du I ou bénéficiaires de prestations d'aide ménagère aux personnes âgées ou handicapées au titre de l'aide sociale légale ou dans le cadre d'une convention conclue entre ces associations ou organismes et un organisme de sécurité sociale.</p> <p>.....</p>		<p>II. – La perte de recettes est compensée par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE III</p> <p>Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>Généralités</p> <p>CHAPITRE I^{ER}</p> <p>Champ d'application des assurances sociales</p>			
<p>Art. L. 311-3.- Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p>	<p>Article 3</p> <p>I. - L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« 22° Les dirigeants des associations remplissant les conditions prévues au deuxième alinéa du <i>d</i> du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts ;</p> <p>« 23° Les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées, dans les conditions applicables aux gérants de sociétés à responsabilité limitée et aux gérants de sociétés d'exercice libéral à responsabilité limitée ; ».</p>	<p>Article 3</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>Article 3</p> <p>Sans modification</p>
<p>Code rural</p> <p>LIVRE VII</p> <p>Dispositions sociales</p> <p>TITRE II</p> <p>Organisation générale des régimes de protection sociale des professions agricoles</p> <p>Section 2</p> <p>Personnes salariées des professions agricoles</p> <p>Sous-section</p> <p>Dispositions générales</p> <p>Art. L. 722-20.- Le régime de protection sociale des salariés des professions agricoles est applicable. dans les</p>	<p>II. - L'article L. 722-20 du code rural est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>II. – Après le 8° de l'article L. 722-20 du code rural, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>applicable, dans les conditions fixées par les titres IV, V et VI du présent livre, aux personnes salariées et assimilées énumérées ci-dessous :</p> <p>.....</p>	<p>—</p> <p>« 9° Lorsque les sociétés dont ils sont les dirigeants relèvent des dispositions des 1° à 4° de l'article L. 722-1, présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées ;</p>	<p>—</p> <p>« 9° Lorsque ...</p> <p>... simplifiées dans les conditions applicables aux gérants des sociétés à responsabilité limitée visées au 8° ;</p>	<p>—</p>
	<p>« 10° Dirigeants des associations ayant un objet agricole, remplissant les conditions prévues au deuxième alinéa du <i>d</i> du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
		<p>Article 3 bis (nouveau)</p> <p>I. – A. – Avant l'article L. 122-1 du code du travail, il est inséré une sous-section 1 intitulée : « règles générales ».</p> <p>B. – Après l'article L. 122-3-17 du même code, il est inséré une sous-section 2 intitulée : « Le contrat vendanges », comprenant trois articles L. 122-3-18 à L. 122-3-20 ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. 122-3-18. – Le contrat vendanges a pour objet la réalisation de travaux de vendanges. Ces travaux s'entendent des préparatifs de la vendange, à la réalisation des</p>	<p>Article 3 bis</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Code rural</p> <p>Art. L. 741-16. - Lorsqu'ils embauchent des travailleurs occasionnels ou des demandeurs d'emploi inscrits à ce titre à l'Agence nationale pour l'emploi pendant une durée minimale fixée par décret, en vue d'exercer une ou plusieurs des activités visées aux 1° et 4° de l'article L. 722-1, les chefs d'exploitation et d'entreprise agricole ainsi que les groupements d'employeurs versent des cotisations d'assurances sociales calculées en application de taux réduits. Est réputé travailleur occasionnel le salarié employé pendant une durée n'excédant pas, par année civile, un</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>vendanges, jusqu'aux travaux de rangement inclus.</p> <p>« Art. L.122-3-19. – Ce contrat a une durée maximale d'un mois.</p> <p>« Un salarié peut recourir à plusieurs contrats vendanges successifs, sans que le cumul des contrats n'excède une durée de deux mois sur une période de douze mois.</p> <p>« Art. L. 122-3-20. – Le salarié en congés payés peut bénéficier de ce contrat.</p> <p>« Les personnes visées à l'article L. 324-1 peuvent bénéficier de ce contrat.</p> <p>« Les dispositions de l'article L. 122-3-15 ne s'appliquent pas aux contrats régis par la présente sous-section. »</p> <p>II. – L'article L. 741-16 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>maximum fixé par décret. Un décret fixe les taux réduits ainsi que la durée maximale d'emploi ouvrant droit.</p>	<p>—</p>	<p>—</p> <p>« Lorsqu'ils embauchent des travailleurs occasionnels dans le cadre d'un contrat de travail défini à l'article L. 122-3-18 du code du travail, la rémunération ne donne pas lieu à cotisation d'assurances sociales à la charge du salarié. »</p> <p>III. – La perte de recettes pour les régimes sociaux est compensée à due concurrence par la création d'une taxe sur le chiffre d'affaires de la Française des jeux.</p>	<p>—</p> <p><i>Article additionnel après l'article 3 bis</i></p> <p><i>I. - Après l'article L. 122-3-17 du code du travail, il est inséré une sous-section 3 intitulée : «Le contrat d'activité agricole saisonnière», comprenant trois articles L. 122-3-21 à L. 122-3-23 ainsi rédigés :</i></p> <p><i>«Art. L. 122-3-21. -Le contrat d'activité agricole saisonnière a pour objet les travaux agricoles de toute nature, autres que les vendanges, ayant un caractère saisonnier et nécessitant, de ce fait, le recours à une main-d'oeuvre</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Code rural</p> <p>Art. L. 741-16. - Lorsqu'ils embauchent des travailleurs occasionnels ou des demandeurs d'emploi inscrits à ce titre à l'Agence nationale pour l'emploi pendant une durée minimale fixée par décret, en vue d'exercer une ou plusieurs des activités visées aux 1° et 4° de l'article L. 722-1, les chefs d'exploitation et d'entreprise agricole ainsi que les groupements d'employeurs versent des cotisations d'assurances sociales calculées en application de taux réduits. Est réputé travailleur occasionnel le salarié employé pendant une durée n'excédant pas, par année civile, un maximum fixé par décret.</p> <p>Un décret fixe les taux réduits ainsi que la durée maximale d'emploi ouvrant droit.</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p><i>occasion-nelle.</i></p> <p>«Art. L. 122-3-22. - Ce contrat a une durée maximale d'un mois. Un salarié peut recourir à plusieurs contrats d'activité agricole saisonnière successifs, sans que le cumul des contrats n'excède une durée de deux mois sur une période de douze mois.</p> <p>«Art. L. 122-3-23. - Le salarié en congés payés peut bénéficier de ce contrat.</p> <p>«Les dispositions de l'article L. 122-3-15 ne s'appliquent pas aux contrats régis par la présente section.»</p> <p style="text-align: right;"><i>II. - L'article L. 741-16 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé :</i></p> <p style="text-align: right;"><i>«Lorsqu'ils embauchent des travailleurs occasionnels dans le cadre</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 311-3. - Sont notamment compris parmi les personnes auxquelles s'impose l'obligation prévue à l'article L. 311-2, même s'ils ne sont pas occupés dans l'établissement de l'employeur ou du chef d'entreprise, même s'ils possèdent tout ou partie de l'outillage nécessaire à leur travail et même s'ils sont rétribués en totalité ou en partie à l'aide de pourboires :</p> <p>.....</p>		<p style="text-align: center;">—</p> <p>Article 3 <i>ter</i> (nouveau)</p> <p>I. – L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 40px;">« 24° Les administrateurs des groupements mutualistes qui perçoivent une indemnité de fonction et qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale. »</p> <p>II. – A la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 114-26 du code de la mutualité, les mots : « et qui, pour l'exercice de leurs fonctions, doivent cesser tout ou partie de leur activité professionnelle » sont supprimés.</p> <p>III. – Dans l'article L. 114-27 du même code,</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p><i>des contrats de travail définis aux articles L. 122-3-18 et L. 122-3-21 du code du travail, la rémunération ne donne pas lieu à cotisation d'assurances sociales à la charge du salarié.»</i></p> <p>Article 3 <i>ter</i></p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>Article 4</p> <p>Il est créé, après l'article 20 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, un article 20-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 20-1. - Les entreprises visées au II de l'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale, qui emploient leur premier salarié postérieurement au 1^{er} janvier 2002 ont droit, au titre de cette embauche et des embauches supplémentaires, à l'allégement prévu au même article appliqué conformément aux dispositions de cet article et des textes pris pour son application et selon les modalités et conditions particulières définies ci-dessous.</p>	<p>—</p> <p>les mots : « ayant cessé tout ou partie de leur activité professionnelle » sont supprimés.</p> <p>Article 4</p> <p>L'article 20 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 20. - Les entreprises, visées ...</p> <p>... qui procèdent à l'embauche d'un premier ...</p> <p>... 2002 ouvrent droit, ...</p> <p>... ci-dessous.</p> <p>« La condition de première embauche est remplie lorsque les entreprises ont exercé leur activité sans le concours de personnel salarié, sinon avec au plus un salarié en contrat</p>	<p>—</p> <p>Article 4</p> <p><i>I. - L'embauche, dans les conditions ci-après, d'un premier salarié ouvre droit à l'exonération des cotisations qui sont à la charge de l'employeur au titre des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales pour l'emploi de ce salarié, afférentes à une fraction de la rémunération égale au salaire minimum de croissance, par heure rémunérée dans la limite de la durée légale ou conventionnelle du travail.</i></p> <p><i>Bénéficiaire de cette exonération les personnes non salariées inscrites auprès des organismes chargés du recouvrement des cotisations d'allocations familiales ou assujetties au régime de protection sociale des professions agricoles et</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<hr/>	<p>concerné, au plus égale à trente-cinq heures hebdomadaires ou à 1600 heures sur l'année, est mentionnée dans son contrat de travail. Ce contrat de travail doit être à durée indéterminée ou conclu pour une durée d'au moins douze mois.</p> <p>II. - A compter de la deuxième embauche, le bénéfice de l'allégement est ouvert lorsque la durée collective du travail, au plus égale à trente-cinq heures hebdomadaires ou à 1 600 heures sur l'année, est fixée soit par un accord collectif conclu dans les conditions définies au II de l'article 19, soit en vertu des dispositions du VIII du même article ou, à défaut, est mentionnée dans le contrat de travail du ou des salariés concernés. Dans ce dernier</p>	<hr/> <p>« Cet allégement est majoré d'un montant fixé par décret et calculé en fonction du niveau du salaire minimum de croissance ou, le cas échéant, celui de la garantie mensuelle de rémunération définie à l'article 32. Ce décret fixe également la durée de la majoration.</p> <p>« II. – Alinéa sans modification</p>	<hr/> <p>sportive ou philanthropique, non concurrente d'une entreprise commerciale ;</p> <p>2° Qui sont administrées à titre bénévole par les personnes n'ayant elles-mêmes ou par personnes interposées aucun intérêt direct dans les résultats de l'association ;</p> <p>3° Qui utilisent l'intégralité d'éventuels excédents de recettes aux actions entrant dans l'objet de l'association ;</p> <p>4° Qui sont administrées par des personnes dont aucune n'a administré une autre association ayant employé un ou plusieurs salariés, au sens du deuxième alinéa de l'article 61 de la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social dans les douze mois précédant la date de l'embauche.</p> <p>Bénéficient également de cette exonération les associations agréées pour les services aux personnes, dans les conditions prévues à l'article L. 129-1 du code du travail.</p> <p>Les associations et les mutuelles doivent avoir exercé leur activité sans le concours de personnel salarié, sinon des salariés en contrat emploi-solidarité ou au plus un salarié en contrat d'apprentissage ou de qualification ou en contrat</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE I^{ER}</p> <p>Généralités</p> <p>Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p>	<p>cas, le maintien de l'allégement est subordonné au respect, au plus tard à l'expiration d'une période de un an à compter de la deuxième embauche, des conditions définies au II à VIII de l'article 19. »</p>	<p>« III. – Dans les cas visés au I et au II, la déclaration prévue au XI de l'article 19 est envoyée dans les trente jours suivant la date d'effet du contrat de travail afférent à l'embauche du premier salarié. L'allégement prend effet le premier jour du mois qui suit la réception par les organismes de recouvrement des cotisations sociales de la déclaration de l'employeur.</p> <p>« IV. – La majoration visée au I est applicable aux premières embauches réalisées entre le 1^{er} janvier 2002 et le 31 décembre 2003. »</p>	<p><i>d'adaptation ou d'orientation durant les douze mois précédant l'embauche. Les coopératives d'utilisation de matériel agricole et les groupements d'employeurs doivent avoir exercé leur activité sans le concours de personnel salarié, sinon au plus un salarié en contrat d'apprentissage ou de qualification ou en contrat d'adaptation ou d'orientation durant les douze mois précédant l'embauche.</i></p> <p><i>II. – Les dispositions du présent article sont applicables aux embauches réalisées à compter du 1er janvier 2002.</i></p>

Alinéa supprimé

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">TITRE III Dispositions communes relatives au financement CHAPITRE VI Contribution sociale généralisée Section 2 De la contribution sociale sur les revenus du patrimoine Art. L. 136-6. - III. - La contribution portant sur les revenus mentionnés aux I et II ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu.</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 4 bis (nouveau)</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 4 bis</p>
<p>Code général des impôts</p> <p>Art. 1641. - I.- 2. Sauf dispositions contraires, il en est de même pour les contributions et taxes qui sont établies et recouvrées comme en matière de contributions directes au profit de toutes collectivités, fonds ou organismes divers.</p>		<p>I. - Le premier alinéa du III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p style="text-align: center;">« Le produit de cette contribution est versé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sans déduction d'une retenue pour frais d'assiette et de perception. »</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE I^{ER}</p> <p>TITRE III</p>		<p>II. - Le 2 du I de l'article 1641 du code général des impôts est complété par les mots : « , à l'exception des organismes de sécurité sociale et de leurs fonds de financement ».</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE III Recouvrement des cotisations et versement des prestations Section 1 Procédure sommaire Art. L. 133-1. - Lorsque le recouvrement est assuré par le Trésor comme en matière de contributions directes, il est effectué sur les cotisations recouvrées au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2, un prélèvement pour frais de perception dont le taux et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté ministériel.</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">III. - Les articles L. 133-1 et L. 135-5 du code de la sécurité sociale, le III de l'article 1647 du code général des impôts et l'article 8 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont abrogés.</p>	<p style="text-align: center;">—</p>
<p style="text-align: center;">CHAPITRE V Fonds de solidarité vieillesse Section 1 Opérations de solidarité Art. L. 135-5. - Les frais d'assiette et de</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>recouvrement des impôts, droits, taxes et contributions mentionnés à l'article L. 135-3 sont à la charge du fonds en proportion du produit qui lui est affecté ; leur montant est fixé par arrêté du ministre chargé du budget et du ministre chargé de la sécurité sociale.</p>			
<p>Code général des impôts</p>			
<p>Art. L. 1647. -</p>			
<p>.....</p>			
<p>.....</p> <p>III. Pour frais de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la cour des comptes, dans les conditions déterminées par les articles L. 154-1 et L. 154-2 du code de la sécurité sociale. Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'économie et des finances.</p>			
<p>.....</p> <p>Ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale</p>			
<p>Art. 8. - Les frais d'assiette et de recouvrement des contributions pour le remboursement de la dette sociale sont à la charge de la caisse. Le montant du prélèvement correspondant est fixé par arrêté du ministre chargé de l'économie et des</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>finances et du ministre chargé de la sécurité sociale.</p>		<p>IV. - La taxe sur la valeur ajoutée est majorée à due concurrence.</p>	
<p>Code de la Sécurité sociale</p>	<p>Article 5</p>	<p>Article 5</p>	<p>Article 5</p>
<p>Art. L. 131-8. - Il est créé un fonds dont la mission est de compenser le coût, pour la sécurité sociale, des exonérations de cotisations patronales aux régimes de base de sécurité sociale mentionnées à l'article L. 131-9 et d'améliorer le financement de la sécurité sociale par la réforme des cotisations patronales.</p>	<p>I. - Sont acquises par le fonds créé à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale à titre de produits toutes les recettes mentionnées à l'article L. 131-10 du même code encaissées à compter du 1^{er} janvier 2001.</p>	<p>I. - Non modifié</p>	<p>I. - Non modifié</p>
<p>Ce fonds, dénommé « Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale », est un établissement public national à caractère administratif. Un décret en Conseil d'Etat fixe la composition du conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, ainsi que la composition du conseil de surveillance, comprenant notamment des membres du Parlement et des représentants des organisations syndicales de salariés et des organisations d'employeurs les plus représentatives au plan national. Ce décret en Conseil d'Etat fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.</p>	<p>II. - Le total des</p>	<p>II. - Non</p>	<p>II. - Alinéa</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE I^{ER}</p> <p>TITRE III</p> <p>CHAPITRE I^{ER} <i>quater</i></p> <p>Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale</p> <p>Art. L. 131-9.- Les dépenses du fonds sont constituées :</p> <p>Art. L. 131-10.- Les recettes du fonds sont constituées par :</p> <p>2° La contribution sociale sur les bénéficiaires des sociétés visées aux articles 235 <i>ter</i> ZC et 1668 D du code général des impôts ;</p> <p>3° La taxe générale sur les activités polluantes visée aux articles 266 sexies à 266 terdecies du code des douanes ;</p> <p>5° La taxe sur les véhicules des sociétés visée à l'article 1010 du code général des impôts ;</p> <p>5° <i>bis</i> Une fraction de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances visée à l'article 991 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de financement</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>III. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa de l'article L. 131-9, le mot : « dépenses » est remplacé par le mot : « charges » ;</p> <p>2° Au premier alinéa de l'article L. 131-10, les mots : « recettes du fonds sont constituées » sont remplacés par les mots : « produits du fonds sont constitués » ;</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>III. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p> <p>2° Non modifié</p> <p>2° <i>bis</i> (nouveau) Au début des troisième (2°), quatrième (3°) et sixième (5°) alinéas de l'article L. 131-10, sont insérés les mots : « Le produit de » ;</p> <p>2° <i>ter</i> (nouveau) Le début du septième alinéa (5° <i>bis</i>) de l'article L. 131-10 est ainsi rédigé : « Une</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>III. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>de la sécurité sociale et la loi de finances ;</p>	<p>3° Au dernier alinéa de l'article L. 131-10, le mot : « recettes » est remplacé par le mot : « produits », le mot : « dépenses » par le mot : « charges », et le mot : « équilibrées » par le mot : « équilibrés ».</p>	<p>fraction du produit de la taxe... (le reste sans changement) » ; 3° Non modifié</p>	
<p>CHAPITRE V Fonds de solidarité vieillesse Art. L. 135-1.-</p>	<p>IV. - Le troisième alinéa de l'article L. 135-1 du même code est complété par les mots : « , ainsi que le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale institué par l'article L. 131-8 ».</p>	<p>IV.- Non modifié</p>	<p>IV.- Non modifié</p>
<p>Le Fonds de solidarité vieillesse gère également le Fonds de financement de l'allocation personnalisée d'autonomie institué par l'article L. 232-21 du code de l'action sociale et des familles.</p>	<p>V. - Les dispositions des III et IV entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2001.</p>	<p>V. - Non modifié</p>	<p>V. - Non modifié</p>
<p>Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001</p>	<p>Article 6</p>	<p>Article 6</p>	<p>Article 6</p>
<p>Art. 16.- B. - Pour l'année 2001, la fraction visée au 50 bis de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est égale à 14,1 %.</p>	<p>I. - A. - Le B du VII de l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est abrogé.</p>	<p>I. - A. - Non modifié</p>	<p>I. - Sont abrogés : A. - Le III de l'article 16 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999).</p>
	<p>B. - A compter du 1^{er} janvier 2001, la fraction visée au</p>	<p>B. - A compter ...</p>	<p>B. - L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>5° <i>bis</i> de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est de 24,7 %.</p> <p>C. - Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe la date et le montant du reversement par l'Etat, au fonds institué à l'article L. 131-8 du même code, des sommes perçues au cours de l'exercice 2001 au titre du B.</p> <p>D. - A compter du 1^{er} janvier 2002, la fraction visée au 5° <i>bis</i> de l'article L. 131-10 du même code est égale à 30,56 %.</p>	<p>—</p> <p>... sociale est égale à 24,7 %.</p> <p>C. – Non modifié</p> <p>D. – Non modifié</p>	<p>—</p> <p>(n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).</p> <p>C.- Les I, III, IV, V, VIII et IX de l'article 16 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée.</p> <p>D. - Le IV de l'article 29 de la loi de finances pour 2001 (n° 2000-1352 du 30 décembre 2000).</p> <p>E. – Les dix-septième et vingt-troisième alinéas de l'article 5 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 précitée.</p> <p>F. - La seconde phrase du III de l'article 5 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 précitée.</p> <p>G. - L'article 17 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée.</p> <p>H. - L'article 21 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 précitée.</p>
<p>CHAPITRE VII Recettes diverses</p>	<p>II. - A. - Le chapitre VII du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Il est créé une section 1, intitulée : « Taxe sur les contributions au bénéfice</p>	<p>II. – A.- Alinéa sans modification</p> <p>1° Non modifié</p>	<p>II. - Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 1^{er} janvier 2001.</p> <p>Alinéa supprimé</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>_____</p>	<p>des salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance », qui comprend les articles L.137-1 à L.137-4 ;</p> <p>2° Il est créé une section 2, intitulée : « Contribution sur les abondements des employeurs aux plans partenariaux d'épargne salariale volontaire », qui comprend l'article L. 137-5 ;</p> <p>3° Il est créé une section 3, intitulée : « contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur », qui comprend les articles L. 137-6 à L. 137-9 ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. 137-6. - Une contribution est due par toute personne physique ou morale, qui est soumise à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances.</p> <p>« Cette contribution est perçue au profit du fonds mentionné à l'article L. 131-8.</p> <p>« Le taux de la contribution est fixé à</p>	<p>_____</p> <p>2° Non modifié</p> <p>3° Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 137-6. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Le taux ...</p>	<p>_____</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	<p>15 % du montant des primes ou cotisations afférentes à l'assurance obligatoire en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances.</p> <p>« Art. L. 137-7. - La contribution est perçue par les entreprises d'assurance, dans les mêmes conditions et en même temps que ces primes.</p> <p>« Les entreprises d'assurance sont tenues de verser, au plus tard le 15 du deuxième mois suivant le dernier jour de chaque bimestre, à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale le produit de la contribution correspondant au montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises au cours de chaque bimestre, déduction faite des annulations et remboursements constatés durant la même période et après déduction du prélèvement destiné à compenser les frais de gestion dont le taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.</p> <p>« A l'appui de chaque versement, elles sont tenues de produire à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale une déclaration conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre</p>	<p>—</p> <p>... primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation afférentes à l'assurance obligatoire susmentionnée.</p> <p>« Art. L. 137-7. - Non modifié</p>	<p>—</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.	—	—
Code des assurances	<p>« La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1.</p> <p>« Art L. 137-8. - Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestations de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.</p> <p>« Art. L. 137-9. - Un décret en Conseil d'Etat fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente section. »</p>	<p>« Art L. 137-8. – Non modifié</p> <p>« Art. L. 137-9. – Non modifié</p>	<i>Alinéa supprimé</i>
<p>Art. L. 213-1.- Une cotisation est due par toute personne physique ou morale qui, soit en qualité d'employeur, soit en qualité d'affilié, cotise à un régime obligatoire d'assurance maladie ou bénéficie d'un tel régime en qualité d'ayant droit d'affilié ou acquitte la</p>	<p>B. - Les articles L. 213-1 et L. 213-2 du code des assurances sont abrogés. A l'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « le produit de la cotisation visée à l'article L. 213-1 du code des assurances » sont supprimés.</p>	<p>B.- 1. Le chapitre III du titre I^{er} du livre II du code des assurances est abrogé.</p> <p>2. Dans l'article L. 214-3 du même code, la référence : « L. 213-1 » est supprimée.</p> <p>3. Après le mot : « assurés », la fin de l'article L. 241-1 du code</p>	<i>Alinéa supprimé</i>
			<i>Alinéa supprimé</i>
			<i>Alinéa supprimé</i>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>contribution sociale généralisée sur un revenu d'activité ou de remplacement et qui est soumise à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1. Cette cotisation est perçue au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>		<p>de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « et par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1. »</p>	
<p>Cette cotisation est proportionnelle aux primes ou cotisations afférentes à l'assurance obligatoire en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1. Elle est recouvrée par les entreprises d'assurance, dans les mêmes conditions et en même temps que ces primes.</p>			
<p>Il appartient aux personnes physiques ou morales qui ne cotisent pas soit en qualité d'employeur, soit en qualité d'affilié à un régime obligatoire d'assurance maladie ou qui ne bénéficient pas d'un tel régime en qualité d'ayants droit ou qui n'acquittent pas la contribution sociale généralisée sur un revenu d'activité ou de remplacement, d'en apporter la preuve par tous moyens et notamment par une déclaration aux organismes d'assurance auprès desquels elles ont souscrit des contrats en application de l'article L. 211-1 susmentionné.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article et, notamment, le taux de la cotisation.</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>
<p>Art. L. 213-2.- Quiconque, pour apporter la preuve prévue à l'alinéa 4 de l'article L. 213-1, se rendra coupable de fraude ou de fausse déclaration, sera puni d'une amende de 25.000 F.</p>			
<p>CHAPITRE IV Dispositions particulières aux départements et territoires d'outre-mer et à la collectivité territoriale de Mayotte Section 3 Dispositions particulières à la collectivité territoriale de Mayotte</p>			
<p>Art. L. 214-3. - Les dispositions du titre Ier du livre II sont applicables à la collectivité territoriale de Mayotte à l'exception des articles L. 211-2, L. 211-4, L. 213-1, L. 214-1 et L. 214-2.</p>			
<p>Code de la sécurité sociale</p>			
<p>Art. L. 241-1. - Les ressources des gestions mentionnées à l'article L. 221-1 du présent code sont</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>constituées, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, par des cotisations proportionnelles aux rémunérations ou gains perçus par les assurés, par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1, et par le produit de la cotisation visée à l'article L. 213-1 du code des assurances.</p>	<p>—</p> <p>C. - Les dispositions des A et B s'appliquent aux primes ou cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises à compter du 1er janvier 2002.</p> <p>D.- Après le 5^o <i>bis</i> de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5^o <i>ter</i> ainsi rédigé :</p> <p>« 5^o <i>ter</i> Le produit de la contribution visée à l'article L. 137-6 du</p>	<p>—</p> <p>C. – Non modifié</p> <p>D.- Non modifié</p>	<p>—</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>LIVRE I^{ER}</p> <p>TITRE III</p> <p>CHAPITRE I^{ER} <i>quater</i></p> <p>Art. L. 131-10.-</p> <p>.....</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>4° Le produit des droits visés aux articles 402 bis, 438 et 520 A du code général des impôts ainsi qu'une fraction égale à 55 % du produit du droit de consommation visé à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 bis du même code ;</p>	<p>code de la sécurité sociale ; ».</p> <p>III. - A. - Au 4° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « ainsi qu'une fraction égale à 55 % du produit » sont remplacés par les mots : « ainsi que le produit ».</p>	<p>III. – Non modifié</p>	<p>III. - <i>Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe la date et le montant des versements devant être effectués, en application du présent article, entre les différents organismes concernés.</i></p>
<p>Art. L. 241-2.-</p>	<p>B. - Le huitième alinéa de l'article L. 241-2 du même code est supprimé.</p>		<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>2° Une fraction fixée à 45 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la collectivité territoriale de Corse et du prélèvement perçu au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 bis du code général des impôts ;</p>	<p>C. - Les dispositions des A et B s'appliquent aux sommes à recevoir à compter du 1^{er} janvier 2001.</p>		<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
	<p>D. - Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe la date et le</p>		<p><i>Alinéa supprimé</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">LIVRE I^{ER}</p> <p style="text-align: center;">TITRE III</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE I^{ER} <i>quater</i></p> <p>Art. L. 131-10.- 1° Une fraction égale à 97 % du produit du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts ; Art. L. 241-2.- 1° Une fraction égale à 2,61 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ;</p>	<p>montant du reversement par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, des sommes perçues au cours de l'exercice 2001 au titre du 4° de l'article L. 131-10 du même code.</p> <p>IV. - A. - Au 1° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, le pourcentage : « 97 % » est remplacé par le pourcentage : « 90,77 % ».</p> <p>B. - Au septième alinéa de l'article L. 241-2 du même code, le pourcentage : « 2,61 % » est remplacé par le pourcentage « 8,84 % ».</p> <p>C. - Les dispositions du présent IV s'appliquent aux sommes à recevoir à compter du 1^{er} janvier 2002.</p>	<p>IV. – Non modifié</p> <p>V. – A. - Alinéa sans modification</p>	<p>IV. - <i>Supprimé</i></p> <p>V - <i>Supprimé</i></p>
	<p>V. - A. - Après le 5° <i>ter</i> de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5° <i>quater</i> ainsi rédigé : « 5° <i>quater</i> Le produit de la taxe instituée à l'article L. 137-1 ; ».</p>	<p>« 5° <i>quater</i> Le produit de la taxe sur les contributions au bénéfice des</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE V</p> <p style="text-align: center;">SECTION 1</p> <p style="text-align: center;">(1) OPÉRATIONS DE SOLIDARITÉ</p> <p style="text-align: center;">Art. L. 135-3.-</p> <p>.....</p> <p>3° Les sommes correspondant au service, par les régimes d'assurance vieillesse de base mentionnés au titre V du livre III, aux 1° et 2° de l'article L. 621-3 du présent code et à l'article 1024 du code rural :</p> <p>a) Des majorations de pensions accordées en fonction du nombre d'enfants ;</p> <p>b) Des majorations de pensions pour conjoint à charge ;</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE VII</p> <p>Art. L. 137-1.- Il est institué à la charge des employeurs et au profit du Fonds de solidarité vieillesse une taxe sur les contributions des employeurs et des organismes de représentation collective du personnel versées, à compter du 1er janvier 1996, au bénéfice des salariés pour le financement de prestations</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>B. - Le 3° de l'article L. 135-3 du même code est abrogé.</p> <p>C. - A l'article L. 137-1 du même code, les mots : « Fonds de solidarité vieillesse » sont remplacés par les mots : « fonds institué à l'article L. 131-8 ».</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance visée à l'article L. 137-1 ;</p> <p>».</p> <p>B. – Non modifié</p> <p>C. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>complémentaires de prévoyance. Toutefois, ne sont pas assujettis à la taxe les employeurs occupant neuf salariés au plus tels que définis pour les règles de recouvrement des cotisations de sécurité sociale.</p>	<p>D. - Les dispositions du présent V sont applicables aux sommes à recevoir à compter du 1^{er} janvier 2002.</p>	<p>D. – Non modifié</p>	
<p>Code général des impôts</p>			
<p>LIVRE I^{ER}</p>			
<p>PREMIERE PARTIE</p>			
<p>Impôts d'Etat</p>			
<p>TITRE III</p>			
<p>Contributions indirectes et taxes diverses</p>			
<p>CHAPITRE IV</p>			
<p>Tabacs, allumettes, briquets</p>			
<p>Section I</p>			
<p>Tabacs</p>			
<p>II – Régime fiscal</p>			
<p>Art. 575 A. -</p>			
<p>.....</p>			
<p>Le minimum de perception mentionné à l'article 575 est fixé à 540 F pour les cigarettes. Toutefois, pour les cigarettes brunes, ce minimum de perception est fixé à 510 F.</p>			
<p>Il est fixé à 270 francs pour les tabacs de fine coupe destinés à rouler les cigarettes et à 330 F pour les cigares.</p>			
<p>.....</p>			
	<p>Article 6 bis (nouveau)</p> <p>I. - A. - L'article 575 A du code général des impôts est ainsi modifié :</p> <p>1° Dans le deuxième alinéa, les sommes : « 540 F » et « 510 F » sont remplacées par les sommes : « 90 € » et « 87 € ».</p> <p>2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé : « Il est fixé à 45 € pour les tabacs de fine coupe destinés à rouler les cigarettes et les autres tabacs à fumer, et à 55 € pour les cigares. »</p>	<p>Article 6 bis</p> <p>I. – A. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>2° Alinéa sans modification</p> <p>« Il est fixé à 60 € pour ...</p> <p>... cigares. »</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>I – Régime économique Art. 572. – Le prix de l'unité de conditionnement est arrondi à la dizaine de centimes supérieure.</p>		<p>B.- Le troisième alinéa de l'article 572 du même code est supprimé.</p>	<p>B – Alinéa sans modification</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p>		<p>II .- Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 7 janvier 2002.</p>	<p>II. – Non modifié</p>
<p>Art. L. 241-13-1.- Dans les entreprises où la durée du travail est fixée conformément aux dispositions de l'article 19 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 précitée et au plus soit à trente-deux heures hebdomadaires, soit à 1 460 heures sur l'année, le montant de l'allégement auquel ouvrent droit les salariés dont la durée du travail est fixée dans ces limites est majoré d'un montant forfaitaire fixé par décret.</p>	<p>Article 7</p> <p>I. - Au III de l'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un sixième alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>Article 7</p> <p>I. - Au III de l'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale, après le quatrième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>Article 7</p> <p>Sans modification</p>
	<p>« Dans les entreprises de transport routier où la durée des temps de service des personnels de conduite marchandises « grands routiers » ou « longue distance » ainsi que des personnels « courte distance » est fixée au plus soit à trente-cinq heures hebdomadaires, soit à 1 600 heures sur l'année,</p>	<p>« Dans est fixée conformément aux dispositions de l'article 19 de la loi n° 2000-37 du 19</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Il est majoré dans les zones de revitalisation rurale mentionnées à l'article L. 322-13 du code du travail.</p>	<p>le montant de l'allégement auquel ouvrent droit les salariés dont la durée du travail est fixée dans ces limites est majoré d'un montant fixé par décret. »</p> <p>II. - Au troisième alinéa du III de l'article L. 241-13-1 du même code, après les mots : « dans les zones de revitalisation rurale », sont insérés les mots : « et de redynamisation urbaine ».</p>	<p>janvier 2000 précitée, au plus ...</p> <p>... décret. »</p> <p>II. – Non modifié</p>	
<p>SECTION 3 Prestations familiales</p>	<p>III. - A. - Le troisième alinéa de l'article L. 241-6-2 du même code est ainsi rédigé :</p> <p>« Les dispositions du présent article sont applicables aux gains et rémunérations versés aux salariés visés au 1° de l'article L. 722-20 du code rural. »</p>	<p>III. – Non modifié</p>	
<p>Art. L. 241-6-2.-</p> <p>Les dispositions du présent article sont applicables aux gains et rémunérations versés aux salariés par les employeurs visés aux 2°, 3°, 4° et 6° de l'article L. 722-1 du code rural.</p>	<p>B. - Les dispositions du présent III sont applicables aux gains et rémunérations versés à compter du 1^{er} janvier 2001 par les entreprises et unités économiques et sociales de plus de vingt salariés mentionnées à la première phrase du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000</p>	<p>1.</p>	<p>2.</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>précitée — et à compter du 1^{er} janvier 2002 pour les autres entreprises.</p> <p>Article 8</p> <p>Pour 2002, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoire de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :</p> <p><u>En milliards d'euros</u> <u>En droits constatés</u></p> <p>- Cotisations effectives 176,12</p> <p>- Cotisations fictives 31,95</p> <p>- Contributions publiques 10,66</p> <p>- Impôts et taxes affectés 89,66</p> <p>- Transferts reçus ... 0,15</p> <p>- Revenus des capitaux 0,83</p> <p>- Autres ressources ... 6,93</p> <p>- Total des recettes 316,50</p> <p>Article 9</p> <p>Pour 2001, les prévisions révisées de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoire de base et des</p>	<p>—</p> <p>Article 8</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>(En droits constatés et en milliards d'euros)</p> <p>- Cotisations effectives 176,20</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>- Impôts affectés 89,89</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>- Total des recettes 316,61</p> <p>Article 9</p> <p>3. Alinéa sans modification</p>	<p>—</p> <p>Article 8</p> <p>Sans modification</p> <p>Article 8</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
---	organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :	---	---
	<p align="center"><u>En milliards de francs - En encaissements-décaissements</u></p>	<p align="center"><u>(En encaissements-décaissements et en milliards de francs)</u></p>	4.
	- Cotisations effectives 1 086,10	Alinéa sans modification	5.
	- Cotisations fictives 202,60	Alinéa sans modification	6.
	- Contributions publiques 68,60	Alinéa sans modification	7.
	- Impôts et taxes affectés 568,20	Alinéa sans modification	8.
	- Transferts reçus ...3,00	Alinéa sans modification	9.
	- Revenus des capitaux 3,90	Alinéa sans modification	10.
	- Autres ressources ..47,60	Alinéa sans modification	
11.	- Total des recettes 1980,00	Alinéa sans modification	
12.	TITRE III	TITRE III	TITRE III
13.	DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE	DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE	DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE
14.	Section 1	Section 1	Section 1
Code de la santé publique	Branche maladie	Branche maladie	Branche maladie
15.		<i>Article 10 A (nouveau)</i>	Article 10 A
16.		I. - Il est inséré, avant la sous-section 1 de la section 31 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité	<i>L'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999) est</i>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>L. 162 12-9 et L. 162-14 :</p> <p>1° L'objectif des dépenses de la profession, incluant les dépenses d'honoraires, rémunérations et frais accessoires, un objectif étant fixé pour les médecins généralistes, d'une part, et pour les médecins spécialistes, d'autre part ; cet objectif s'applique à compter du 1er janvier de l'année civile concernée et porte sur les dépenses remboursables par les régimes d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail ;</p> <p>2° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux, en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention, pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;</p> <p>3° Le cas échéant, les mesures de toute nature propres à garantir le respect de l'objectif fixé et notamment</p> <p>a) Toute action visant à réduire le volume des actes non justifiés au plan médical et notamment les actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques ;</p> <p>b) Les modifications, dans la</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>limite de 20 % de la cotation des actes inscrits à la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie auxquelles les parties à la convention peuvent procéder.</p>	<p>—</p>	<p>II. – L'article L. 162-15-2 du même code est ainsi modifié :</p>	<p>II. - <i>Supprimé</i></p>
<p>A défaut de convention pour l'une des professions visées au présent I, et après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée, ou à défaut d'annexe pour l'une des conventions, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale déterminent, pour la profession concernée, les éléments de l'annexe visés au 1°, 2° et 3° du présent I.</p>		<p>1° Dans le dernier alinéa du I, les mots : « ou à défaut d'annexe pour l'une des conventions, » sont supprimés ;</p>	
<p>II. - Les parties à chacune des conventions assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I et au moins deux fois dans l'année ; une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année.</p>		<p>2° Le premier alinéa du II est ainsi rédigé :</p>	
<p>A défaut de convention, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie assurent ce suivi et consultent les syndicats représentatifs de la profession concernée.</p>		<p>« En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I et au moins deux fois dans l'année ; une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers de l'année. »</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Lorsqu'elles constatent que l'évolution de ces dépenses n'est pas compatible avec le respect de l'objectif fixé en application du I, les parties à chacune des conventions déterminent par une annexe modificative, les mesures de toute nature propres à garantir son respect et notamment celles prévues au 3° du I ainsi que, le cas échéant, les ajustements des tarifs prévus au 2°.</p> <p>A défaut d'accord entre les parties conventionnelles ou en l'absence de convention, après consultation des syndicats représentatifs de la profession concernée et lorsque le montant des dépenses réalisées n'est manifestement pas de nature à permettre le respect de l'objectif fixé, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale signataire de la convention concernée déterminent les mesures prévues à l'alinéa précédent</p> <p>En cas de carence des caisses nationales ou lorsqu'il apparaît que les mesures proposées au titre des quatre alinéas précédents ne sont manifestement pas de nature à permettre le respect</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>de l'objectif des dépenses, un arrêté interministériel fixe les tarifs et mesures mentionnés aux 2° et 3° (b) du I.</p> <p>17.</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>
<p>CINQUIEME PARTIE PRODUITS DE SANTE LIVRE I^{ER} Produits pharmaceutiques TITRE II Médicaments à usage humain CHAPITRE V Distribution au détail</p>	<p>Article 10</p>	<p>Article 10</p>	<p>Article 10</p>
<p>18.</p> <p>Art. L. 5125-23.- Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.</p>	<p>I. - L'article L. 5125-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« Le pharmacien ne peut délivrer un médicament non conforme à la prescription qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.</p>	<p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>1° Alinéa sans modification</p> <p>« Le ...</p> <p>... médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu'avec l'accord exprès ...</p> <p>... patient.</p>	<p>I. – Non modifié</p>
<p>19.</p>	<p>« Si la prescription ne comportant pas de dénomination de spécialité peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article L. 5121-1, le pharmacien délivre une spécialité appartenant à ce groupe dans le respect des dispositions de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale. » ;</p>	<p>« Si la prescription libellée en dénomination commune peut être ...</p> <p>... sociale. » ;</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Toutefois, il peut délivrer par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique à condition que le prescripteur n'ait pas exclu cette possibilité, pour des raisons particulières tenant au patient, par une mention expresse portée sur la prescription, et sous réserve, en ce qui concerne les spécialités figurant sur la liste prévue à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, que cette substitution s'effectue dans les conditions prévues par l'article L. 162-16 de ce code.</p>	<p>—</p> <p>2° Au troisième alinéa, le mot : « Toutefois » est remplacé par les mots : « Par dérogation aux dispositions du premier alinéa » ;</p>	<p>—</p> <p>2° Au deuxième alinéa, ...</p> <p>... alinéa » ;</p>	<p>—</p>
<p>Lorsque le pharmacien délivre par substitution à la spécialité prescrite une spécialité du même groupe générique, il doit inscrire le nom de la spécialité qu'il a délivrée.</p>	<p>3° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>	<p>3° Alinéa sans modification</p>	<p>... prescription libellée en dénomination commune. »</p>
<p>20.</p> <p>Code de la sécurité sociale</p> <p>TITRE VI</p> <p>Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales</p> <p>CHAPITRE II</p> <p>Dispositions générales relatives aux soins</p>	<p>« Il en est de même lorsque le pharmacien délivre une spécialité au vu d'une prescription ne comportant pas de dénomination de spécialité. »</p>	<p>« Il ...</p>	<p>... prescription libellée en dénomination commune. »</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">SECTION 4</p> <p>Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques</p>	<p>II. - L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>II. – Alinéa sans modification</p>	<p>II. – Alinéa sans modification</p>
<p>Art. L. 162-16. - Le remboursement des frais exposés par les assurés à l'occasion de l'achat de médicaments est effectué sur la base des prix réellement facturés. Ceux-ci ne peuvent pas dépasser les prix limites résultant de l'application de l'article L. 593 du code de la santé publique.</p>	<p>1° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p>	<p>1° Alinéa sans modification</p>
<p>..... 21.</p>	<p>« Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription ne comportant pas de dénomination de spécialité, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère conforme à la prescription ne peut être supérieur à un montant déterminé par la convention prévue à l'article L.162-16-1 du présent code ou, à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget. » ;</p>	<p>« Lorsque ...</p>	<p>« Lorsque ...</p>
<p>Lorsque le pharmacien d'officine</p>	<p>2° Au troisième alinéa, les mots : « en</p>	<p>2° Au deuxième alinéa, ...</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>
		<p>... prescription libellé en dénomination commune, en application du ...</p>	<p>... chère du même groupe générique ne peut ...</p>
		<p>... budget. » ;</p>	<p>... budget. » ;</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>délivre, en application du deuxième alinéa de l'article L. 512-3 du code de la santé publique, une spécialité figurant sur la liste prévue à l'article L. 162-17 autre que celle qui a été prescrite, cette substitution ne doit pas entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie supérieure à un montant ou à un pourcentage déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant ou ce pourcentage est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.</p>	<p>application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « en application du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique » ;</p>	<p>... publique » ;</p>	
<p>En cas d'inobservation de cette condition, le pharmacien verse à l'organisme de prise en charge, après qu'il a été mis en mesure de présenter ses observations écrites, et si, après réception de celles-ci, l'organisme maintient la demande, une somme correspondant à la dépense supplémentaire mentionnée à l'alinéa précédent, qui ne peut toutefois être inférieure à un montant forfaitaire défini par la convention prévue à l'article L. 162-16-1. A défaut, ce montant est arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et du budget.</p>	<p>3° Au quatrième alinéa, les mots : « de cette condition » sont remplacés par les mots : « des dispositions des deuxième et troisième alinéas du présent article » et les mots : « mentionnée à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « mentionnée au troisième alinéa du présent article ou à l'écart de prix mentionné au deuxième alinéa du présent article ».</p>	<p>3° Au troisième alinéa, ...</p> <p>... article ».</p>	<p>3° Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la santé publique</p> <p>CINQUIEME PARTIE</p> <p>LIVRE V</p> <p>Mayotte, îles Wallis et Futuna et Terres australes et antarctiques françaises, Nouvelle-Calédonie et Polynésie française</p> <p>Art. L. 5521-2. - Les articles L. 5125-1 à L. 5125-3, L. 5125-4 premier alinéa, L. 5125-8, L. 5125-17, L. 5125-20, L. 5125-21, L. 5125-23 premier alinéa, L. 5125-24 à L. 5125-31 et L. 5125-32 3° à 5° sont applicables dans le territoire des îles Wallis et Futuna sous réserve des adaptations prévues aux articles L. 5521-3 et L. 5521-4.</p>		<p>III (nouveau).- Dans l'article L. 5521-2 du code de la santé publique, après les mots « L. 5125-23 », les mots : « premier alinéa » sont remplacés par les mots : « premier et deuxième alinéas ».</p>	<p>III. – Non modifié</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE II</p> <p>TITRE IV</p> <p>CHAPITRE V</p> <p>Ressources autres que les cotisations</p> <p>SECTION 1</p> <p>22. Contribution des entreprises de préparation de médicaments</p>	<p>Article 11</p> <p>I. - Le troisième alinéa de l'article L. 245-2 du</p>	<p>Article 11</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p>	<p>Article 11</p> <p>I. - <i>Supprimé</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale		Propositions de la Commission										
<p>Art. L. 245-2.- Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une de ces quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :</p>	<p>code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>												
<p>23. 24.</p>	<table border="1"> <thead> <tr> <th data-bbox="502 996 662 1489">PART DE L'ASSIETTE Correspondant aux rapports « R » - entre les charges de prospection et d'information et le chiffre d'affaires hors taxes-suivants</th> <th data-bbox="662 996 810 1489">TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="502 1489 662 1556">R < à 10 %</td> <td data-bbox="662 1489 810 1556">10,5 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="502 1556 662 1691">R égal ou > à 10 % et < à 12 %</td> <td data-bbox="662 1556 810 1691">17 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="502 1691 662 1825">R égal ou > à 12 % et < à 14 %</td> <td data-bbox="662 1691 810 1825">25 %</td> </tr> <tr> <td data-bbox="502 1825 662 1881">R égal ou > à 14 %</td> <td data-bbox="662 1825 810 1881">31 %</td> </tr> </tbody> </table>	PART DE L'ASSIETTE Correspondant aux rapports « R » - entre les charges de prospection et d'information et le chiffre d'affaires hors taxes-suivants	TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)	R < à 10 %	10,5 %	R égal ou > à 10 % et < à 12 %	17 %	R égal ou > à 12 % et < à 14 %	25 %	R égal ou > à 14 %	31 %	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
PART DE L'ASSIETTE Correspondant aux rapports « R » - entre les charges de prospection et d'information et le chiffre d'affaires hors taxes-suivants	TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)													
R < à 10 %	10,5 %													
R égal ou > à 10 % et < à 12 %	17 %													
R égal ou > à 12 % et < à 14 %	25 %													
R égal ou > à 14 %	31 %													
<p>25. Art. L. 245-2.- L'assiette de la contribution est égale au total des charges comptabilisées au cours du</p>		<p>I bis (nouveau).- Dans la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 245-2 du même code, le taux :</p>		<p>I bis. - Non modifié</p>										

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>dernier exercice clos au titre des frais de prospection et d'information des praticiens afférents à l'exploitation en France des spécialités pharmaceutiques remboursables ou des médicaments agréés à l'usage des collectivités. Toutefois, il est procédé sur une assiette à un abattement forfaitaire égal à 3 millions de francs et, le cas échéant, à un abattement d'un montant égal à 30 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France au titre des spécialités génériques définies à l'article L. 601-6 du code de la santé publique, et au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins remboursables ou inscrites sur la liste des médicaments agréés à l'usage des collectivités.</p>		<p>« 30 % » est remplacé par le taux : « 40 % » .</p>	
<p>26.</p>		<p><i>I ter (nouveau).</i> – A Le premier alinéa de l'article L. 245-2 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :</p>	<p><i>I ter.</i> – A. – Non modifié</p>
<p>..... 27.</p>		<p>« Il est également procédé sur cette assiette à un abattement de 3 % du montant des rémunérations versées au titre de l'emploi des salariés mentionnés à l'article L. 5122-11 du code de la santé publique. »</p>	
<p>28.</p>		<p>B.- La perte de recettes est compensée</p>	<p>B. - <i>Supprimé</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>29.</p> <p>Art. L. 162-17-3. - I - Il est créé, auprès des ministres compétents, un « Comité économique des produits de santé ». Le comité contribue à l'élaboration de la politique économique du médicament. Il met en oeuvre les orientations qu'il reçoit des ministres compétents, en application de la loi de financement de la sécurité sociale.</p> <p>Ces orientations portent notamment sur les moyens propres à assurer</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>II. - Les dispositions du présent article entreront en vigueur pour la détermination de la contribution due le 1^{er} décembre 2002.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>par l'augmentation à due concurrence du taux de la contribution à la charge des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques visée à l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>II.- Non modifié</p> <p>Article 11 <i>bis</i> (nouveau)</p> <p>Dans le deuxième alinéa de l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, le taux : « 2,5 % » est remplacé par les mots : « 3,5 % pour les spécialités pharmaceutiques qui ne peuvent être délivrées que sur prescription et de 1 % pour les autres spécialités pharmaceutiques ».</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>II. – Non modifié</p> <p>Article 11 <i>bis</i></p> <p>Supprimé</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionné à l'article LO. 111-3. En particulier, le comité applique ces orientations à la fixation des prix des médicaments à laquelle il procède en application de l'article L. 162-17-4.</p> <p>La composition et les règles de fonctionnement du comité sont déterminées par décret.</p> <p>II. - Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses de médicaments en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.</p> <p>Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.</p>	<p>Article 12</p> <p>Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2002 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le</p>	<p>Article 11 <i>ter</i> (nouveau)</p> <p>L'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est complété par un III ainsi rédigé :</p> <p>« III. – Le rapport d'activité établi par le comité économique des produits de santé est remis chaque année au Parlement. »</p> <p>Article 12</p> <p>Sans modification</p>	<p>Article 11 <i>ter</i></p> <p>Sans modification</p> <p>Article 12</p> <p>Supprimé</p>
<p>30.</p>	<p>Article 12</p>	<p>Article 12</p>	<p>Article 12</p>
<p>31.</p>	<p>Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2002 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Supprimé</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—		—	—
32. 33.	taux de 3 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article.	Article 12 bis (nouveau)	Article 12 bis Sans modification
34. 35.		Après l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux articles L. 165-3-1 et L. 165-3-2 ainsi rédigés :	
36.		« Art. L. 165-3-1. – Lorsqu'un organisme d'assurance maladie constate à l'encontre d'un fournisseur de l'un des produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 le non-respect du prix fixé dans les conditions mentionnées à l'article L. 165-3, le directeur de cet organisme adresse au fournisseur une notification par laquelle il lui indique les faits reprochés. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré. Le fournisseur a la possibilité de faire parvenir ses observations à l'organisme, notamment lorsque l'arrêté mentionné à l'article L. 165-3 a prévu des possibilités de dépassement. L'assuré peut également faire part de ses propres observations à l'organisme d'assurance maladie.	
		« En cas de confirmation de la matérialité des faits,	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	—	—
37.		<p>l'organisme d'assurance maladie adresse au fournisseur une mise en demeure de rembourser à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté. Une copie de ce courrier est adressé à l'assuré.</p> <p>« En cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme peut prononcer à l'encontre du fournisseur, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. L'organisme verse à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté.</p>	
38.		<p>« Lorsque la gravité ou la répétition des faits est constatée, une suspension du conventionnement, pour une durée maximale de deux ans, peut également être prononcée. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est exécutoire à compter de sa notification au fournisseur. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est motivée et peut faire l'objet d'un recours de pleine juridiction devant le tribunal administratif.</p>	
39.		<p>« Les modalités d'application du présent article, notamment les règles et délais de procédures, ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
40.		<p>« Art. L. 165-3-2. – Pour le recouvrement des sommes exigées des fournisseurs au titre des dispositions de l'article L. 165-3-1, l'organisme d'assurance maladie peut faire usage des prérogatives et des règles applicables par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. L'organisme d'assurance maladie, lorsqu'il est débiteur vis-à-vis du fournisseur, peut également déduire la somme des montants dus. »</p>	
<p>Loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n°99-1140 du 29 décembre 1999 Art. 33. –</p>			
<p>..... VIII. - A - Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1er janvier 2000, un fonds destiné à financer des opérations concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers, au niveau régional, dans le respect du schéma régional d'organisation sanitaire, réalisées par les établissements de santé privés mentionnés à l'article L 710-16-2 du code de la santé publique.</p>			
<p>Ce fonds, dénommé "Fonds pour la modernisation des cliniques privées", est géré par la Caisse des dépôts et consignations.</p>			
<p>B - Les établissements de santé concernés reçoivent des</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>subventions versées par la Caisse des dépôts et consignations à la demande de l'agence régionale de l'hospitalisation et dans les conditions prévues au D ci-dessous.</p> <p>C - Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et pour 2000, à 100 millions de francs.</p> <p>La répartition entre les différents régimes est effectuée au prorata des dépenses d'assurance maladie supportées par chacun d'entre eux pour les établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique au titre de l'exercice précédent.</p> <p>D - L'attribution des subventions est confiée, dans la limite des crédits alloués, aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'articles L. 710-17 du code de la santé publique.</p> <p>E - Les modalités d'utilisation de la subvention par l'établissement bénéficiaire font l'objet d'un avenant au contrat d'objectifs et de moyens mentionné à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.</p> <p>Les modalités d'application du présent VIII, notamment les</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>opérations éligibles à un financement par le fonds, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat</p>	<p>Article 13</p> <p>Le montant du fonds mentionné au VIII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999) est fixé à 22,87 millions d'euros pour l'année 2002.</p>	<p>Article 13</p> <p>Article sans modification</p>	<p>Article 13</p> <p>I. – Le montant ...</p> <p>... est fixé à 152,45 millions d'euros pour l'année 2002.</p> <p>II. Dans le A du VIII du même article, après les mots : «organisation sanitaire», sont insérés les mots : «et des actions de modernisation sociale».</p>
<p>Loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000)</p> <p>Art. 40. - I - Il est créé un fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.</p> <p>.....</p> <p>III. - Bénéficiaire du concours de ce fonds les actions mentionnées au II du présent article qui sont entreprises par des</p>	<p>Article 14</p> <p>Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé est fixé, pour l'année 2002, à 45,73 millions d'euros.</p>	<p>Article 14</p> <p>I. – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :</p> <p>1° Dans le I et le IV, après le mot : « modernisation », le mot : « sociale » est supprimé ;</p> <p>2° Après le II, il est inséré un III ainsi rédigé : « III. – Ce fonds finance également des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de</p>	<p>Article 14</p> <p>I. – Alinéa supprimé</p> <p>Alinéa supprimé</p> <p>Alinéa supprimé</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>établissements visés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ayant fait l'objet d'un agrément par le ou les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation compétents. Les établissements non visés par cet article peuvent également bénéficier, après agrément dans les conditions mentionnées précédemment, du concours du fonds dans le cadre d'opérations de coopération entre un ou plusieurs de ces établissements et un ou plusieurs établissements visés à l'article L 174-1 du même code.</p> <p>IV. - Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et, pour 2001, à 300 millions de francs. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p>Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.</p> <p>.....</p>		<p>santé. » ;</p> <p>3° Dans le IV, le montant : « 300 millions de francs » est remplacé par le montant : « 600 millions de francs » ;</p> <p>4° Les III, IV, V et VI deviennent respectivement les IV, V, VI et VII.</p>	<p>I. - Dans la première phrase du IV de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000), le montant :...</p> <p>... francs».</p> <p>Alinéa supprimé</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Loi n° 98-1114 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999</p> <p>Art. 25. - I - Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1er janvier 1999, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds d'aide à la qualité des soins de ville. Les professionnels de santé exerçant en ville sont associés à la gestion du fonds.</p> <p>II. - Le fonds finance des actions concourant à</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>Article 15</p> <p>I. - Pour 2002, le montant maximal des dépenses du fonds mentionné à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est fixé à 106,72 millions d'euros.</p> <p>Ce fonds est doté de 76,23 millions d'euros au titre de l'exercice 2002.</p> <p>II. - L'article 25 de la même loi est ainsi modifié :</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>II. - Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé est fixé, pour l'année 2002, à 152,45 millions d'euros.</p> <p>Article 15</p> <p>I. - Non modifié</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>1° A (<i>nouveau</i>) Dans la deuxième phrase du I, après les mots : « Les professionnels de santé exerçant en ville », sont insérés les mots : « et les centres de santé » ;</p> <p>1° B (<i>nouveau</i>) Le II est complété par une phrase ainsi rédigée : « En outre, par l'octroi d'aides aux organismes concernés, il</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>II. - Le montant ...</p> <p>... modernisation <i>sociale</i> des établissements ...</p> <p>... d'euros.</p> <p>Article 15</p> <p>I. - Non modifié</p> <p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>1° A Non modifié</p> <p>1° B Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels, et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé.</p>	<p>1° Le II est complété par une phrase ainsi rédigée : « Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret. » ;</p> <p>2° Au I, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « huit ans » ;</p> <p>3° Il est complété par un V ainsi rédigé : « V. – L'impact des financements attribués par le fonds au titre du II fait l'objet d'une évaluation au regard notamment de l'organisation, de la continuité et de la sécurité des soins ainsi qu'en ce qui concerne les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Gouvernement et au Parlement au plus tard le 30 juin 2005. »</p>	<p>finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville dans le cadre de centres de santé. » ;</p> <p>1° C (nouveau) Dans le IV, après les mots : exerçant en ville », sont insérés les mots : « et des centres de santé » ;</p>	<p>1° C Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« V. – L'impact ...</p> <p>... 30 juin 2003. »</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 162-32-1.- Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les centres de santé sont définis par un accord national conclu pour une durée au plus égale à cinq ans par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins infirmiers, ainsi qu'une ou plusieurs organisations représentatives des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents. Cet accord détermine notamment :</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>Article 15 bis (<i>nouveau</i>)</p> <p>L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« 6° les conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé, notamment pour ce qui concerne la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge. Les centres s'engagent dans ce cadre à réaliser un taux significatif de télétransmission de documents nécessaires au remboursement des actes ou des prestations qu'ils</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>Article 15 bis</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">LIVRE III</p> <p style="text-align: center;">TITRE II</p> <p style="text-align: center;">Assurance maladie</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE II</p> <p style="text-align: center;">Prestations en nature</p> <p>Art. L. 315-2. - Les avis rendus par le service du contrôle médical portant sur les éléments définis au I de l'article L. 315-1 s'imposent à l'organisme de prise en charge.</p>		<p style="text-align: center;">—</p> <p>dispensent ; « 7° les objectifs et les modalités d'organisation de la formation professionnelle conventionnelle des différentes catégories de personnels médicaux et paramédicaux exerçant dans les centres de santé. La convention fixe le montant de la dotation annuelle des caisses nationales d'assurance maladie signataires assurant le financement de ces formations. »</p> <p style="text-align: center;">Article 15 <i>ter</i> (nouveau)</p> <p>I. – Après le premier alinéa de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :</p> <p style="padding-left: 40px;">« Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. Cet accord préalable peut être exigé pour les prestations dont :</p> <p style="padding-left: 80px;">« - la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;</p> <p style="padding-left: 80px;">« - la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 15 <i>ter</i></p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Si, indépendamment des dispositions particulières qui subordonnent le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable de l'organisme de prise en charge, le service du contrôle médical estime qu'une prestation mentionnée à l'article L. 321-1 n'est pas médicalement justifiée, la caisse, après en avoir informé l'assuré, en suspend le service. Les contestations d'ordre médical portant sur cette décision donnent lieu à l'expertise médicale mentionnée à l'article L. 141-1.</p>	<p>—</p>	<p>—</p> <p>encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;</p> <p>« - le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie.</p> <p>« Il est précisé lors de l'admission au remboursement des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.</p> <p>« Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décret. »</p> <p>II. – Dans la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 315-2 du même code, les mots : « des dispositions particulières qui subordonnent le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable de l'organisme de prise en charge » sont remplacés par les mots : « des dispositions des deuxième à cinquième alinéas ».</p>	<p>—</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>II. – Dans la ...</p> <p>... deuxième à quatrième alinéas ».</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale TITRE VII Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes CHAPITRE IV Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements</p> <p style="text-align: center;">Section 2 Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 16</p> <p>I. - La section 2 du chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :</p> <p style="text-align: center;">« Section 2 « <i>Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour</i></p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à la date de publication du décret prévu à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.</p> <p style="text-align: center;">Article 16</p> <p>I. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>III. – Non modifié</p> <p style="text-align: center;">Article 16</p> <p>I. – Non modifié</p>
<p>Art L. 174-5. - La prise en charge, par les régimes d'assurance maladie ou par l'aide sociale, des dépenses afférentes aux prestations dispensées par les unités ou centres mentionnés à l'article L. 716-5 du code de la santé publique est régie par l'article L. 716-6 du même code. Le montant annuel des dépenses à la charge de l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1.</p>	<p style="text-align: center;">« Art L. 174-5. - Dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, le montant des dépenses afférentes aux soins est fixé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du président du conseil général.</p> <p style="text-align: center;">« Les dépenses afférentes aux soins</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Art L. 174-6. - Est régie par l'article 52-3 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 modifiée, la prise en charge des dépenses afférentes aux soins dispensés dans les centres et unités de long séjour privés autres que ceux qui sont mentionnés à l'article 52-1 de la même loi .</p>	<p>—</p> <p>dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres de long séjour, mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, sont prises en charge suivant des modalités fixées par voie réglementaire, soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide médicale de l'Etat. Le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1 du présent code.</p> <p>« Art L. 174-6. - Les sommes dues au titre des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique sont versées à l'établissement ou au service, 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'unité ou le centre de soins de longue durée. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans une unité ou un centre le nombre de ses ressortissants est le plus élevé.</p>	<p>—</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie</p>	<p>« Les sommes versées aux unités et centres de soins de longue durée pour le compte des différents régimes sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe cette répartition.</p> <p>« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article. »</p> <p>II. - L'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie est ainsi modifié :</p> <p>1° Le 1° est ainsi rédigé :</p> <p>« 1° Un forfait global de soins fixé par l'autorité compétente de l'Etat, égal à la somme des forfaits de soins attribués en 2001, revalorisé chaque année dans la limite d'un taux d'évolution arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et du budget en fonction de l'objectif national de</p>	<p>II. – Non modifié</p>	<p>II. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>2° Des tarifs journaliers afférents à la dépendance dont les montants sont fixés par le président du conseil général en application du 2° de l'article L 315-1 du même code ;</p>	<p>dépenses d'assurances maladie voté par le Parlement, et destiné à financer l'augmentation des dépenses résultant exclusivement de la mise en place de mesures générales portant sur les salaires, les statuts ou le temps de travail des personnels pris en charge par l'assurance maladie ; ces taux peuvent être modulés, le cas échéant, selon les catégories d'établissements ; »</p>		
<p>3° Des tarifs journaliers afférents à l'hébergement calculés en prenant en compte les produits mentionnés au 1° et au 2° ;</p>	<p>2° Au 3°, après les mots : « des tarifs journaliers afférents à l'hébergement », sont insérés les mots : « fixés par le président du conseil général, dans les établissements habilités à l'aide sociale, ».</p>		
<p>Code de l'action sociale et des familles</p>			
<p>Art L. 232-8. - I. - Lorsque l'allocation personnalisée d'autonomie est accordée à une personne hébergée dans un établissement visé à l'article L. 312-8, elle est égale au montant des dépenses correspondant à son degré de perte d'autonomie dans le tarif de l'établissement afférent à la dépendance, diminué d'une participation du</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie.</p> <p>La participation du bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie est calculée en fonction de ses ressources, déterminées dans les conditions fixées aux articles L. 132-1 et L. 132-2 ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 232-4, selon un barème national revalorisé au 1er janvier de chaque année comme les pensions aux termes de la loi de financement de la sécurité sociale.</p> <p>Les rentes viagères ne sont pas prises en compte pour le calcul des ressources de l'intéressé lorsqu'elles ont été constituées en sa faveur par un ou plusieurs de ses enfants ou lorsqu'elles ont été constituées par lui-même ou son conjoint pour se prémunir contre le risque de perte d'autonomie.</p>	<p>—</p> <p>III. - Au deuxième alinéa du I de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 232-4 » sont remplacés par les mots : « ainsi qu'au troisième alinéa de l'article L. 232-4 ».</p>	<p>—</p> <p>III. – L'article L. 232-8 du code l'action sociale et des familles est ainsi modifié :</p> <p>1° Dans le deuxième alinéa du I, après la référence : « L. 132-2 », les mots : « ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 232-4 » sont supprimés ;</p> <p>2° Après le troisième alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« De même, ne sont pas pris en compte, pour le calcul des ressources de l'intéressé, les concours financiers apportés par les enfants pour les prises en charge nécessitées par la perte d'autonomie de leurs parents, ainsi que certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire. »</p>	<p>—</p> <p>III. - <i>Supprimé</i></p>
<p>Ordonnance n° 82-272</p>	<p>Article 17</p> <p>L'ordonnance</p>	<p>Article 17</p> <p>L'ordonnance ...</p>	<p>Article 17</p> <p>Sans</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p align="center">—</p> <p>du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements sanitaires et sociaux mentionnés à l'article L. 792 du code de la santé publique</p>	<p align="center">—</p> <p>n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements sanitaires et sociaux mentionnés à l'article L. 792 du code de la santé publique est ainsi modifiée :</p>	<p align="center">—</p> <p>... l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires est ainsi modifiée :</p>	<p align="center">—</p> <p>modification</p>
<p>Art. 1^{er}.- Dans les établissements énumérés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales, la durée légale du travail effectif des personnels soumis au statut défini par les titres Ier et IV du statut général des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités territoriales, des personnels visés au premier alinéa de l'article L. 893 du même code, ainsi que des personnels stagiaires, contractuels et auxiliaires de ces établissements est fixée à trente-neuf heures par semaine.</p>	<p>1° L'article 1^{er} est ainsi rédigé :</p>	<p>1° Non modifié</p>	
<p>Art. 2.- La durée quotidienne de travail ne peut excéder neuf heures pour les équipes de jour, dix heures pour les équipes de nuit.</p>	<p>« Art. 1^{er}.- Le temps de travail des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est réduit dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret fixe également les règles relatives à l'organisation du travail des mêmes agents en tenant compte de la spécificité des missions exercées par ces établissements et selon des modalités analogues à celles applicables aux agents des autres fonctions publiques. » ;</p>	<p>2° Non modifié</p>	
<p>Dans le cas de travail discontinu, l'amplitude de la journée de travail ne peut être supérieure à dix heures trente minutes.</p>	<p>2° Les articles 2 à 7 sont abrogés à compter de l'entrée en vigueur des décrets d'application de l'article 1^{er}.</p>		
<p>La durée de repos ininterrompu entre deux journées de travail ne peut être inférieure à douze heures.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Art. 3.- Lorsque la continuité du service l'exige, certains personnels peuvent être appelés à assurer un service de permanence.</p> <p>Ce service est assuré en recourant soit à des permanences dans l'établissement, soit à des astreintes à domicile.</p> <p>Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat</p> <p>Art. 4.- Lorsque les besoins du service l'exigent, les agents peuvent être appelés à effectuer des heures supplémentaires dans la limite de vingt heures par mois et par agent .</p> <p>Ces heures supplémentaires donnent droit soit à compensation horaire d'égale durée, soit à rémunération supplémentaire déterminée dans les conditions prévues par décret.</p> <p>Art. 5.- Le temps passé pendant le service de permanence, lorsqu'il ne correspond pas à un travail effectif, est compensé selon des modalités prévues par décret.</p> <p>Art. 6. - Sans préjudice de la réglementation relative au repos hebdomadaire légal le nombre de jours de repos est fixé à quatre jours pour deux semaines, deux d'entre eux, au moins, devant être consécutifs.</p> <p>Art. 7. - L'aménagement et la</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>répartition des horaires de travail sont fixés, après avis du comité technique d'établissement ou du comité technique paritaire, par le règlement intérieur de chaque établissement, compte tenu de la nécessité d'assurer la continuité des soins les dimanches, les jours fériés ou pendant la nuit. Dans ce dernier cas, il peut être dérogé, selon la même procédure, aux horaires de travail.</p> <p>Il est également possible d'aménager dans les mêmes conditions, compte tenu de l'intérêt du service, la possibilité de pratiquer des horaires variables.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application du présent article.</p>			
<p>Loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique</p>	<p>Article 18</p>	<p>Article 18</p>	<p>Article 18</p>
<p>Art. 14.- Cette contribution est assise sur le montant des rémunérations soumises à retenues pour pension. Son taux, qui ne peut excéder 0,8 p 100, est fixé par décret.</p>	<p>Au cinquième alinéa du 2° de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, le taux: « 0,8 % » est remplacé par le taux: « 1,8 % ».</p>	<p>Sans modification</p>	<p>... Au cinquième</p>
		<p><i>Article 18 bis (nouveau)</i></p>	<p>... taux : « 1,2 % ».</p>
		<p>I. – Après l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, il est inséré un article</p>	<p>Article 18 bis</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	<p data-bbox="821 414 1093 448">L. 2132-2-1 ainsi rédigé :</p> <p data-bbox="821 481 1117 1691">« <i>Art. L. 2132-2-1.</i> – Au cours de leur sixième année et au cours de leur douzième année, les enfants sont obligatoirement soumis à un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. La nature et les modalités de cet examen sont définies par arrêté interministériel. Cet examen ne donne pas lieu à contribution financière de la part des familles. Cette obligation est réputée remplie lorsque le chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie atteste sur le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1 du suivi de l'enfant au cours de sa sixième et de sa douzième année.</p> <p data-bbox="821 1724 1117 2038">« Les professionnels et organismes qui souhaitent participer à la réalisation des examens de prévention susmentionnés s'engagent contractuellement auprès des organismes d'assurance maladie, sur la base d'une convention</p>	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Code de la santé publique</p> <p>Art. L. 2411-1. - Les titres suivants du livre Ier de la présente partie sont applicables dans la collectivité territoriale de Mayotte, sous réserve des adaptations prévues aux articles L. 2411-2 à L. 2411-9 ;</p> <p>1° Le titre Ier, à l'exception du dernier alinéa de l'article L. 2112-2 et de l'article L. 2112-3 ;</p> <p>2° Le titre II, à l'exception de la dernière phrase du premier alinéa</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>type fixée par arrêté interministériel pris après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, à respecter les conditions de mise en œuvre de ces examens. Celles-ci concernent notamment l'information des personnes concernées, la qualité des examens, le suivi des personnes et la transmission des informations nécessaires à l'évaluation du programme de prévention dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés.»</p> <p>II. – Dans le deuxième alinéa de l'article L. 2132-1 du même code, les mots : « à l'article L. 2132-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 2132-2 et L. 2132-2-1 ».</p> <p>III. – 1. Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 2132-2-1 du même code et les dispositions du II du présent article sont applicables à Mayotte.</p> <p>2. Le 3° de l'article L. 2411-1 du même code est ainsi rédigé :</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
de l'article L. 2122-1 ; 3° Les titres III à V.		« 3° Les titres III, à l'exception du deuxième alinéa de l'article L. 2132-2-1, IV et V. » IV. – L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé : « 9° La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique. » V. – Dans le premier alinéa de l'article L. 615-14 du même code, les mots : « et 8° » sont remplacés par les mots : « ,8° et 9° ». VI. – L'article L. 322-3 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé : « 17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1 du même code. » VII. – Après l'article L. 162-1-10 du même code, il est inséré un article L. 162-1-11 ainsi rédigé : « Art.L. 162-1-11. - Les personnes bénéficiaires de l'examen mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique et des soins consécutifs à cet examen, à l'exception des soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, réalisés dans	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Code de la Sécurité sociale</p> <p>Art. LO. 111-3. - I</p> <p>- Chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale :</p> <p>1° Approuve les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale ;</p> <p>2° Prévoit, par</p>	<p>—</p>	<p>—</p> <p>permettant d'améliorer la permanence des soins peut faire l'objet de financement dans le cadre d'actions expérimentales jusqu'au 31 décembre 2004. Les établissements de santé peuvent participer à ces actions expérimentales.</p> <p>« Dans le cadre de ces expérimentations, il peut être fait application des dérogations mentionnées à l'article L. 162-45 et, le cas échéant, des dispositions prévues à la section 10 du chapitre II du titre VI du livre 1^{er}.</p> <p>« Les modalités de mise en œuvre du présent article et, en particulier, d'évaluation de ces actions sont précisées par un décret en Conseil d'Etat. »</p> <p><i>Article 18 quater (nouveau)</i></p> <p>I. - Le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est complété par une section 10 ainsi rédigée :</p> <p>« <i>Section 10</i></p> <p>« <i>Réseaux</i></p> <p>« <i>Art. L. 162-43.-</i> Il est créé, au sein de l'objectif national des dépenses d'assurance-maladie visé au 4° du I de l'article LO. 111-3, une dotation nationale de développement des réseaux. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé détermine le montant de cette dotation, ainsi</p>	<p>—</p> <p><i>Article 18 quater</i></p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>catégorie, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement ;</p> <p>3° Fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres ;</p> <p>4° Fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;</p> <p>.....</p>		<p>que, pour chaque région, le montant limitatif de la dotation régionale de développement des réseaux.</p> <p>« Cet arrêté précise également la constitution de la dotation nationale en parts qui s'imputent respectivement sur le montant total annuel des dépenses hospitalières mentionné à l'article L. 174-1-1, sur l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2, sur l'objectif des dépenses mentionné à l'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles et sur l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du présent code.</p> <p>« Art. L. 162-44.- Dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie décident conjointement, dans la limite de la dotation régionale de développement des réseaux prévue à l'article L. 162-43, des financements mentionnés à l'article L. 162-45 supportés par les régimes d'assurance maladie et qui sont accordés aux actions réalisées dans le cadre des réseaux de santé.</p> <p>« Art. L. 162-45.- Pour organiser la</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	<p>coordination et la continuité des soins, la décision mentionnée à l'article L. 162-44 peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau.</p> <p>« En tant que de besoin, elle peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :</p> <p>« 1° articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 en tant qu'ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux;</p> <p>« 2° articles L. 321-1 et L. 615-14 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;</p> <p>« 3° articles L. 162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;</p>	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>TITRE VII</p> <p>CHAPITRE IV</p> <p>Section 1</p> <p>Budget global et forfait journalier</p> <p>Art. L. 174-1-1. -</p> <p>Le montant total annuel ainsi calculé des dépenses hospitalières autorisées est constitué en dotations régionales. Le montant des dotations régionales, qui présente un caractère limitatif, est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en fonction des besoins de la population, des orientations des schémas d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales, en matière de politique sanitaire, en tenant compte de l'activité et des coûts des établissements</p>	<p>—</p>	<p>—</p> <p>« 4° article L. 322-3 relatif à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.</p> <p>« Art. L. 162-46. – Un décret en Conseil d'Etat précise en tant que de besoin les modalités d'application de la présente section et fixe les modalités de l'évaluation des procédures de financement mises en œuvre au titre des dispositions prévues par ces articles et de l'évaluation des actions qui bénéficient de ces financements. »</p> <p>II.- 1. Dans la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 174-1-1 du même code, après les mots : « est constitué » sont insérés les mots : « , après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43, ».</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>appréciés selon les modalités prévues aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique, et en ayant pour objectif la réduction progressive des inégalités de ressources entre régions et établissements.</p>			
<p>..... TITRE VI</p>			
<p>CHAPITRE II</p>			
<p>Section 5 Etablissements de soins Art. L. 162-22-2. – I.-</p>			
<p>..... .</p>			
<p>Le montant de l'objectif quantifié national est arrêté par les ministres chargés de la santé, de la sécurité sociale, de l'économie et du budget en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, dans un délai de quinze jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale. Ce montant prend en compte les évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services et des</p>		<p>2. Dans le deuxième alinéa du I de l'article L. 162-22-2 du même code, après les mots : « Ce montant prend en compte », sont insérés les mots « , outre la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale, ».</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>activités de ces établissements se trouvent placés, pour tout ou partie :</p> <p>.....</p> <p>Code de l'action sociale et des familles LIVRE III Etablissements TITRE I^{ER} Etablissements soumis à autorisation CHAPITRE V Dispositions financières SECTION 2 Fixation des tarifs Art. L. 315-9. —</p> <p>.....</p> <p>Ce montant total annuel est constitué en dotations limitatives régionales. Le montant de ces dotations est fixé par les ministres chargés de la sécurité sociale et de l'action sociale en fonction des besoins de la population, des orientations définies par les schémas prévus à l'article L. 311-3, des priorités définies au niveau national en matière de politique médico-sociale, en tenant compte de l'activité et des coûts des établissements et services et d'un objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions ; les dotations régionales sont réparties en dotations départementales limitatives par le préfet de région, en liaison avec le directeur de l'agence régionale de</p>	<p>—</p>	<p>—</p> <p>3. Dans le quatrième alinéa de l'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « est constitué », sont insérés les mots : « , après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43, ».</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'hospitalisation et les préfets concernés ; ces dotations départementales limitatives peuvent, dans les mêmes conditions, être réparties par le préfet en dotations affectées par catégories de bénéficiaires ou à certaines prestations dans des conditions fixées par décret.</p> <p>.....</p> <p>LIVRE II</p> <p>TITRE II</p> <p>Organismes nationaux</p> <p>CHAPITRE VI</p> <p>Dispositions relatives aux conventions d'objectif</p> <p>Art. L. 227-1. –</p> <p>.....</p> <p>II. –</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Un avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion de la branche maladie du régime général détermine, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville et, en son sein, l'objectif de dépenses déléguées</p>		<p>4. Dans le deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « en son sein, », sont insérés les mots : « la part mentionnée à l'article L. 162-43 et ».</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>et précise les conditions et modalités de mise en oeuvre de ces objectifs.</p> <p>.....</p> <p>LIVRE III</p> <p>TITRE II</p> <p>Assurance maladie</p> <p>CHAPITRE V</p> <p>Dispositions particulières aux départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle</p> <p>Section 1</p> <p>Dispositions générales relatives au régime local d'assurance maladie du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle</p> <p>Art. L. 325-2. —</p> <p>I.-</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>Le conseil d'administration de l'instance de gestion établit chaque année, pour l'exercice comptable suivant, un état prévisionnel des dépenses et des recettes du régime local compte tenu des objectifs fixés par la loi de financement de la sécurité sociale et dans les conditions définies par décret. A la clôture de l'exercice comptable, il peut décider d'affecter les excédents éventuels correspondant à la différence entre les dépenses et les recettes ainsi définies :</p> <p>1° Soit au financement des actions expérimentales relatives</p>	<p>—</p>	<p>—</p> <p>5° Dans le 1° du I de l'article L. 325-2 du même code, les mots : « prévues à l'article L. 162-31-1 du présent</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>aux filières et réseaux de soins prévues à l'article L. 162-31-1 du présent code ;</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	<p>—</p>	<p>code » sont supprimés.</p> <p>III. – Les agréments pris sous l'empire de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi continuent de produire leurs effets, pour la durée fixée par l'agrément, en tant qu'ils concernent les dérogations prévues au II de cet article.</p> <p>Article 18 <i>quinquies</i> (nouveau)</p> <p>I. – Après l'article L. 380-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 380-5 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 380-5. - Les ayants droit mineurs des personnes ne remplissant pas la condition de résidence stable et régulière prévue à l'article L. 380-1 sont affiliés au régime général au titre du présent chapitre ».</p> <p>II. – Dans le premier alinéa de l'article 251-1 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code », sont insérés les mots « : « autres que celles visées à l'article L. 380-5 de ce code ».</p>	<p>—</p> <p>Article 18 <i>quinquies</i></p> <p>Supprimé</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Code de la Sécurité sociale</p> <p>Art. L. 861-3. - Les personnes mentionnées à l'article L 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :</p> <p>1° De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;</p> <p>2° Du forfait journalier prévu à l'article L 174-4 ;</p> <p>3° Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel.</p> <p>L'arrêté mentionné au 3° ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge.</p> <p>Les personnes mentionnées à l'article L 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article.</p> <p>Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit.</p>		<p>Article 18 <i>sexies</i> (nouveau)</p> <p>Avant le dernier alinéa de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Les personnes dont le droit aux prestations définies aux alinéas précédents vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité et, lorsque ces personnes ont une protection complémentaire</p>	<p>Article 18 <i>sexies</i></p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.</p>	<p>—</p>	<p>en matière de frais de soins de santé, pour la part de ces mêmes dépenses prise en charge par les organismes visés au <i>b</i> de l'article L. 861-4. »</p>	<p>—</p>
<p>Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 Art. 25. -</p>			
<p>.....</p> <p>II. - Le fonds finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville, par l'octroi d'aides à des professionnels de santé exerçant en ville ou à des regroupements de ces mêmes professionnels, et, le cas échéant, d'aides au développement de nouveaux modes d'exercice et de réseaux de soins liant des professionnels de santé exerçant en ville à des établissements de santé.</p>		<p>Article 18 septies (<i>nouveau</i>)</p>	<p>Article 18 septies</p>
<p>III. - Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, et pour 1999 à 500 millions de francs. La</p>		<p>I. - L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi modifié :</p>	<p>Sans modification</p>
		<p>1° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	
		<p>« Le fonds peut contribuer au financement des aides aux professionnels de santé mentionnés à l'alinéa précédent, autres que des médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale.</p> <p>IV - L'attribution de certaines aides peut être déconcentrée, en étant confiée à des caisses locales ou des unions de caisses. Les modalités de déconcentration, de fonctionnement et de gestion du fonds, de participation des représentants des professionnels de santé exerçant en ville ainsi que les aides éligibles à un financement par le fonds sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>		<p>déficit en matière d'offre de soins. Un décret détermine les conditions dans lesquelles ces zones sont définies par le représentant de l'Etat dans la région après l'avis du conseil régional de santé » ;</p> <p>2° Dans le IV, après les mots : « financement par le fonds », sont insérés les mots : « et les obligations auxquelles sont soumis le cas échéant les professionnels de santé bénéficiant de ce financement ».</p>	
<p>Ordonnance n° 96-345</p>			
<p>Art. 4. - Il est créé, au sein de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, un fonds de réorientation et de modernisation de la médecine libérale.</p> <p>I. - Les ressources de ce fonds sont constituées :</p> <p>1° A titre exceptionnel, par les économies ou recettes supplémentaires résultant pour l'assurance maladie d'une part de l'article 6 de l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 relative aux mesures urgentes tendant au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale et d'autre part du décret n° 95-1360 du 30</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>décembre 1995 relatif à la prise en charge par les caisses d'assurance maladie d'une partie de la cotisation d'allocations familiales due par certains médecins ;</p> <p>2° Par le produit de la cotisation mentionnée au II de l'article 4 de la loi n° 88-16 du 5 janvier 1988 relative à la sécurité sociale ;</p> <p>3° Par toute autre ressource qui lui serait spécifiquement affectée par les parties conventionnelles ainsi que par toute recette prévue par des dispositions législatives ou réglementaires.</p> <p>II. - Le fonds a vocation :</p> <p>1° D'une part à financer l'allocation de remplacement prévue par l'article 4 de la loi du 5 janvier 1988 susmentionnée ainsi que des aides de toute nature et des primes qui peuvent être modulées en fonction de critères d'âge, d'activité ou d'implantation géographique en vue de faciliter l'orientation, la réorientation, la reconversion ou la cessation anticipée d'activité des médecins exerçant à titre libéral ;</p> <p>2° D'autre part à participer au financement des actions mentionnées au deuxième alinéa du I de</p>	<p>—</p>	<p>—</p> <p>II. – Le II de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins est ainsi modifié :</p> <p>1° Dans le 1°, les mots : « D'une part » sont supprimés ;</p> <p>2° Dans le 2°, les mots : « D'autre part » sont supprimés ;</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>l'article 8 de la présente ordonnance, à destination des médecins libéraux.</p>	<p>—</p>	<p>—</p> <p>3° Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :</p> <p>« A financer des aides en vue de faciliter l'installation des médecins libéraux dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Un décret détermine les conditions dans lesquelles ces zones sont définies par le représentant de l'Etat dans la région après l'avis du conseil régional de santé » ;</p> <p>4° Dans le dernier alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » et le même alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</p> <p>« Ce décret précise les obligations auxquelles sont soumis les médecins bénéficiant des aides mentionnées au 3°. »</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	—	—
	Section 2	Section 2	Section 2
	Branche accidents du travail	Branche accidents du travail	Branche accidents du travail
	Article 19	Article 19	Article 19
Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001	<p>I. - Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionnée au VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n°2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé comme suit :</p> <p>1° 2,875 milliards de francs au titre de l'année 2001 ;</p> <p>2° 76,22 millions d'euros au titre de l'année 2002.</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	Sans modification
..... Art. 53. -			
<p>II. - Il est créé, sous le nom de « Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante », un établissement public national à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle des</p>	II. - Le II de	II - Alinéa sans	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.</p>	<p>l'article 53 de la même loi est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« L'établissement emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition. Il emploie également des agents contractuels de droit public avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. L'établissement peut également faire appel à des agents contractuels de droit privé pour occuper des fonctions exigeant une qualification particulière dans le domaine de l'indemnisation des préjudices ou des maladies professionnelles. Les agents contractuels employés par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante sont tenus au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles qui sont définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. »</p>	<p>—</p> <p>modification</p> <p>« Il emploie ...</p> <p>... indéterminée. Il peut ...</p> <p>... fonctionnaires. »</p>	<p>—</p>
<p>Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999</p>			
<p>Art. 41. - I - Une allocation de cessation anticipée d'activité est versée aux salariés et anciens salariés des établissements de</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>fabrication de matériaux contenant de l'amiante, des établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales, sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes</p> <p>.....</p>	<p>—</p>	<p>Article 19 bis (nouveau)</p>	<p>Article 19 bis</p>
<p>Le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité est ouvert aux ouvriers dockers professionnels sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes :</p>		<p>Dans le cinquième alinéa du I de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) , après les mots : « ouvriers dockers professionnels », sont insérés les mots : « et personnels portuaires assurant la manutention ».</p>	<p>Sans modification</p>
<p>1° Travailler ou avoir travaillé, au cours d'une période déterminée, dans un port au cours d'une période pendant laquelle étaient manipulés des sacs d'amiante ; la liste de ces ports et, pour chaque port, de la période considérée est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale, des transports et du budget ;</p> <p>.....</p>		<p>Article 19 ter (nouveau)</p>	<p>Article 19 ter</p>
		<p>Dans le sixième alinéa du I de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), les mots : « étaient manipulés des sacs d'amiante » sont remplacés par les mots : « était manipulé de l'amiante ».</p>	<p>Sans modification</p>
		<p>Article 19 quater (nouveau)</p>	<p>Article 19 quater</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité ne peut se cumuler ni avec l'un des revenus ou l'une des allocations mentionnées à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale ni avec un avantage de vieillesse ou d'invalidité ni avec une allocation de préretraite ou de cessation anticipée d'activité.</p> <p>.....</p>		<p>Le dernier alinéa du I de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>Sans modification</p>
		<p>« Le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité ne peut se cumuler ni avec l'un des revenus ou l'une des allocations mentionnées à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale, ni avec un avantage personnel de vieillesse, ni avec un avantage d'invalidité, ni avec une allocation de préretraite ou de cessation anticipée d'activité, sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant.</p>	
		<p>« Une allocation différentielle peut être versée en complément d'un avantage de réversion ou d'un avantage personnel de vieillesse servi par un régime spécial visé au chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre VII du code de la sécurité sociale, dans la limite de l'allocation calculée dans les conditions prévues au présent article. »</p>	
		<p>Article 19 <i>quinquies</i> (nouveau)</p>	<p>Article 19 <i>quinquies</i></p>
		<p>I. - Le III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi rédigé :</p>	<p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>III. - Il est institué un fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Ce fonds finance l'allocation créée au I. Ses ressources sont constituées d'une fraction égale à 0,39 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts et d'un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au titre des charges générales de la branche. Un arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget fixe annuellement le montant de cette contribution.</p> <p>Un conseil de surveillance veille au respect des présentes dispositions. Il examine les comptes et le rapport annuel d'activité. Il formule toutes observations relatives au fonctionnement du fonds et les porte à la connaissance des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget. Il est composé de représentants de l'Etat, des organisations siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et de personnalités qualifiées.</p>		<p>« III. - Il est créé un fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, chargé de financer l'allocation visée au I. Ses ressources sont constituées d'une fraction égale à 0,39 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts et d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. »</p> <p>« Un conseil de surveillance, composé de représentants de l'Etat, de représentants de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale et de personnalités qualifiées, veille au respect des dispositions du présent article. Il examine les comptes du fonds et transmet au Parlement et au Gouvernement un rapport annuel retraçant l'activité du fonds et formulant toutes observations relatives à son fonctionnement. »</p> <p>II. - Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Art. 40. - III. - Les victimes ou leurs ayants droit peuvent demander le bénéfice des dispositions du II dans les deux ans qui suivent la publication de la présente loi.</p> <p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 431-2. - Les droits de la victime ou de ses ayants droit aux prestations et indemnités prévues par le présent livre se prescrivent par deux ans à dater : Toutefois, en cas d'accident susceptible d'entraîner la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, la prescription de deux ans opposable aux demandes d'indemnisation complémentaire visée aux articles L. 452-1 et suivants est interrompue par l'exercice de l'action pénale engagée pour les mêmes faits.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 20</p> <p>I. - Le premier alinéa du III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est supprimé.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>sociale au financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, mentionnée au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée, est fixé à 200 millions d'euros pour l'année 2002. »</p> <p style="text-align: center;">Article 20</p> <p>I. – Non modifié</p> <p style="text-align: center;"><i>I bis (nouveau).</i> - Le dernier alinéa de l'article L. 431-2 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ou de l'action en</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 20</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE IV</p> <p style="text-align: center;">Indemnisation de l'incapacité permanente SECTION 1 Victimes</p> <p>Art. L. 434-1- Une indemnité en capital est attribuée à la victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente inférieure à un pourcentage déterminé.</p> <p>Son montant est fonction du taux d'incapacité de la victime et déterminé par un barème forfaitaire fixé par décret. Il est révisé lorsque le taux d'incapacité de la victime augmente tout en restant inférieur à un pourcentage déterminé.</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">TITRE 6</p> <p style="text-align: center;">LIVRE III</p> <p style="text-align: center;">Assurance décès CHAPITRE IER Dispositions générales</p> <p>Art. L. 361-3. - Le capital est versé aux ayants droit, sous déduction du montant de l'indemnité pour frais funéraires à laquelle peuvent prétendre les</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>II. - L'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale est complété par un quatrième alinéa ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« Les montants du barème sont revalorisés selon les modalités prévues à l'article L. 434-17. »</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ».</p> <p>II. - La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 434-1 du même code est complétée par les mots : « dont les montants sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L. 351-11 ».</p> <p style="text-align: center;"><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>III (nouveau). - L'article L. 361-3 du même code est abrogé.</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
intéressés en application de la législation sur les accidents du travail.			
LIVRE IV			
TITRE IER			
Généralités- Dispositions propres à certains bénéficiaires			
CHAPITRE IER			
Définitions : accident du travail et accident du trajet			
Art. L. 411-2. - Est également considéré comme accident du travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur mentionné par le présent livre, pendant le trajet d'aller et de retour, entre :		Article 20 <i>bis</i> (nouveau)	Article 20 <i>bis</i>
		L'article L. 411-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :	Sans modification
		« 3° Le lieu du travail chez un employeur et le lieu du travail chez un autre employeur, ces deux employeurs faisant partie d'un groupement mentionné à l'article L. 127-1 du code du travail. »	
Art. L. 434-2. - Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.</p> <p>.....</p>	<p>—</p>	<p>Article 20 <i>ter</i> (nouveau)</p>	<p>Article 20 <i>ter</i></p>
<p>Dans le cas où l'incapacité permanente est totale et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré. En aucun cas, cette majoration ne peut être inférieure à un montant minimum affecté des coefficients de revalorisation fixés dans les conditions prévues à l'article L. 341-6.</p>		<p>Dans la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, le mot : « totale » est remplacé par les mots : « égale ou supérieure à un taux minimum ».</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Section 2 Ayants droit</p>		<p>Article 20 <i>quater</i> (nouveau)</p>	<p>Article 20 <i>quater</i></p>
<p>Art. L. 434-8. - Sous réserve des dispositions des alinéas suivants, le conjoint survivant a droit à une rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime, à la condition que le mariage ait été contracté antérieurement à l'accident ou, à défaut, qu'il ait eu, à la date du décès, une durée déterminée. Toutefois, ces conditions ne sont pas exigées si un ou plusieurs enfants sont issus du mariage.</p>		<p>Le premier alinéa de l'article L. 434-8 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Sous réserve des dispositions des alinéas suivants, le conjoint ou le concubin ou la personne liée par un pacte civil de solidarité a droit à une rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime à condition que le mariage ait été contracté, le pacte civil de solidarité conclu ou la situation de concubinage établie antérieurement à l'accident ou, à défaut, qu'ils l'aient été depuis une durée déterminée à la date du décès. Toutefois,</p>	<p>Supprimé</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p>	<p>ces conditions ne sont pas exigées si les époux, les concubins ou les partenaires du pacte civil de solidarité ont eu un ou plusieurs enfants. »</p>	<p>—</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE IER TITRE VII CHAPITRE VI Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des maladies professionnelles</p>	<p>Article 21</p> <p>I. - Le chapitre VI du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est intitulé : « Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ».</p>	<p>Article 21</p> <p>I. - Non modifié</p>	<p>Article 21</p> <p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 176-1. - Il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des affections non prises en charge en application du livre IV.</p>	<p>II. - Au premier alinéa de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « affections non prises en charge » sont remplacés par les mots : « accidents et affections non pris en charge en application du livre IV ».</p>	<p>II. - Au du même code, les mots charge ».</p>	
<p>Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997</p>	<p>III - Au II de l'article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997, les</p>	<p>III. - A. - Après l'article L. 176-1 du même code, il est inséré un article L. 176-2 ainsi rédigé :</p>	
<p>Art. 30. - II - Un décret pris après avis d'une commission présidée par un magistrat à la Cour des</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>comptes et concertation avec la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L 221-4 du code de la sécurité sociale fixe les modalités de calcul du versement prévu au I..</p>	<p>mots : « au I » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale ».</p>	<p>« Art. L. 176-2. - Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.</p>	
<p>Pour 1997 et à titre provisionnel, le versement prévu au I est fixé à 1 milliard de francs.</p>		<p>« Une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes remet tous les trois ans, au Parlement et au Gouvernement, un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement et au Gouvernement »</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>		<p>B. - Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du même code est fixé, pour l'année 2002, à 299,62 millions d'euros.</p>	
<p>LIVRE IER</p>		<p>IV. - A. - La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 176-1 du même code est supprimée.</p>	
<p>TITRE VII</p>			
<p>CHAPITRE VI Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes</p>			
<p>CHAPITRE 6</p>			
<p>Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des maladies professionnelles</p>			
<p>Art. L. 176-1. -</p>	<p>IV. - Pour 2002 et à titre provisionnel, la part de ce versement relative aux accidents non pris en compte en application du livre IV du code de la sécurité sociale est fixée à 152,45 millions d'euros.</p>		
<p>Le montant de ce versement est pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il est revalorisé dans les</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>conditions fixées à l'article L. 434-17.</p>			
<p>..... Loi n° 96-1160 de financement de la sécurité sociale pour 1997 Art. 30 </p>			
<p>II. - Un décret pris après avis d'une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes et concertation avec la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale fixe les modalités de calcul du versement prévu au I. Pour 1997 et à titre provisionnel, le versement prévu au I est fixé à 1 milliard de francs.</p>		<p>B. - Le II de l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 (n°96-1160 du 27 décembre 1996) est abrogé.</p>	
	<p>Section 3 Branche famille</p>	<p>Section 3 (2) BRANCHE FAMILLE</p>	<p>Section 3 (3) BRANCHE FAMILLE</p>
	<p>Article 22 I. - Il est créé, au chapitre II du titre II du livre I^{er} du code du travail, un article L. 122-25-4 ainsi rédigé : « Art. L. 122-25-4. - Après la naissance de son enfant et dans un délai fixé par décret, le père salarié bénéficie d'un congé de paternité de onze jours consécutifs entraînant la suspension de son contrat de travail. Le salarié qui souhaite bénéficier du</p>	<p>Article 22 I. - ALINÉA SANS MODIFICATION N « Art. L. 122-25-4. - Après consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs en cas</p>	<p>Article 22 Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code du travail</p>	<p>congé de paternité doit avertir son employeur au moins un mois avant la date à laquelle il entend prendre son congé, en précisant la date à laquelle il entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail. »</p>	<p>de naissances multiples entraînant</p>	
<p>Section 5 Protection de la maternité et éducation des enfants</p>		<p>... travail. »</p>	
<p>Art. L. 122-26. - La salariée a le droit de suspendre le contrat de travail pendant une période qui commence six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après la date de celui-ci. Lorsque des naissances multiples sont prévues, cette période commence douze semaines avant la date présumée de l'accouchement, vingt-quatre semaines en cas de naissance de plus de deux enfants et se termine vingt-deux semaines après la date de l'accouchement. En cas de naissance de deux enfants, la période antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de quatre semaines ; la période de vingt-deux semaines postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant. Cette</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>période commence huit semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix-huit semaines après le date de celui-ci lorsque, avant l'accouchement, la salariée elle-même ou le ménage assume déjà la charge de deux enfants au moins dans les conditions prévues aux articles L. 525 à L. 529 du code de la sécurité sociale ou lorsque la salariée a déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables . La période de huit semaines de suspension du contrat de travail antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de deux semaines ; la période de dix-huit semaines de suspension du contrat de travail postérieure à la date de l'accouchement est alors réduite d'autant.</p> <p>.....</p>	<p>-----</p>	<p>-----</p>	<p>-----</p>

Texte en vigueur

—

Texte du projet de loi

—

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Propositions de la Commission

—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>La salariée, à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou un organisme autorisé pour l'adoption confie un enfant en vue de son adoption, a le droit de suspendre le contrat de travail pendant une période de dix semaines au plus à dater de l'arrivée de l'enfant au foyer, vingt-deux semaines en cas d'adoptions multiples. Cette période est portée à dix-huit semaines si l'adoption a pour effet de porter à trois ou plus le nombre d'enfants dont la salariée ou le ménage assume la charge dans les conditions prévues aux</p>	<p>—</p> <p>II. - L'ARTICLE L. 122-26 DU MÊME CODE EST AINSI MODIFIÉ :</p> <p>1° LE CINQUIÈME ALINÉA EST AINSI RÉDIGÉ :</p> <p>« Tout salarié à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou un organisme autorisé pour l'adoption confie un enfant en vue de son adoption a le droit de suspendre le contrat de travail pendant une période de dix semaines au plus à dater de l'arrivée de l'enfant au foyer, vingt-deux semaines en cas d'adoptions multiples. Cette période est fixée à dix-huit semaines si l'adoption a pour effet de porter à trois ou plus le nombre d'enfants dont le salarié ou le ménage assume la charge dans les conditions prévues aux</p>	<p>—</p> <p>II. - ALINÉA SANS MODIFICATIO N</p> <p>1° ALINÉA SANS MODIFICATIO N</p> <p>« Tout ...</p> <p>... au plus à dater soit de l'arrivée de l'enfant au foyer soit du début de la semaine précédant la date prévue de l'arrivée du ou des enfants adoptés au foyer, vingt-deux ...</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>articles L. 525 à L. 529 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>articles L. 512-3 et suivants et L. 521-1 du code de la sécurité sociale. Les parents salariés bénéficient alors de la protection instituée à l'article L. 122-25-2. L'adoption d'un enfant par un couple de parents salariés ouvre droit à onze jours supplémentaires de congé d'adoption à la condition que la durée de celui-ci soit répartie entre les deux parents. En ce cas, la durée du congé ne peut être fractionnée en plus de deux périodes, dont la plus courte ne saurait être inférieure à onze jours. Ces deux périodes peuvent être simultanées. » ;</p>	<p>... L. 122-25-2 du présent code. L'adoption ...</p>	
<p>La femme devra avertir l'employeur du motif de son absence et de la date à laquelle elle entend remettre en vigueur son contrat de travail.</p>	<p>2° Le septième alinéa est ainsi rédigé : « Le père ou la mère avertit l'employeur du motif de son absence et de la date à laquelle il ou elle entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail. »</p>	<p>... supplémentaires ou, en cas d'adoptions multiples, à dix-huit jours supplémentaires de congé d'adoption ...</p> <p>... simultanées » ;</p> <p>2° Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p>	
<p>LIVRE II</p> <p>Réglementation du travail</p> <p>TITRE II</p> <p>Repos et congés</p> <p>CHAPITRE VI</p> <p>Congés pour événements familiaux</p>	<p>III. - Au troisième</p>	<p>III. - Non</p>	
<p>Art. L. 226-1. -</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>.....</p> <p>Trois jours pour chaque naissance survenue à son foyer ou pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption ; ces jours d'absence ne peuvent se cumuler avec les congés accordés pour ce même enfant en vertu des articles L. 122-26 et L. 122-26-1.</p>	<p>alinéa de l'article L. 226-1 du même code, les mots : « en vertu des articles L. 122-26 et L. 122-26-1 » sont remplacés par les mots : « dans le cadre du congé de maternité prévu au premier alinéa de l'article L. 122-26 ».</p>	<p>modifié</p>	
<p>Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat</p> <p>Art . 34. -</p> <p>.....</p> <p>5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p>	<p>IV. - Le 5° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Au congé de paternité en cas de naissance ou d'adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ; ».</p>		<p>IV. – Non modifié</p>
<p>Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale</p> <p>Art. 57. -</p> <p>.....</p> <p>5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p>	<p>V. - Le 5° de l'article 57 de la loi n° 84- 53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Au congé de paternité en cas de naissance ou d'adoption, avec</p>	<p>V. – Non modifié</p>	
<p>.....</p> <p>5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière</p> <p>Art. 41. -</p> <p>.....</p> <p>5° Au congé pour maternité ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p>	<p>traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ; ».</p> <p>(4) VI. - LE 5° DE L'ARTICLE 41 DE LA LOI N° 86-33 DU 9 JANVIER 1986 PORTANT DISPOSITIONS STATUTAIRES RELATIVES À LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE EST COMPLÉTÉ PAR UN ALINÉA AINSI RÉDIGÉ :</p> <p>« Au congé de paternité en cas de naissance ou d'adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ; ».</p>	<p>(5) VI. - NON MODIFIÉ</p>	<p>(6)</p>
<p>Loi n° 72-662 du 13 juillet 1972 portant statut général des militaires</p> <p>Art. 53. -</p> <p>.....</p> <p>2° Des congés pour maternité ou pour adoption, avec solde, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p>	<p>VII. - LE 2° DE L'ARTICLE 53 DE LA LOI N° 72-662 DU 13 JUILLET 1972 PORTANT STATUT GÉNÉRAL DES MILITAIRES EST COMPLÉTÉ PAR UN ALINÉA AINSI</p>	<p>VII. - Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L.111-1. - L'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.</p> <p>Elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité et les charges de famille.</p> <p>Elle assure, pour toute autre personne et pour les membres de sa famille résidant sur le territoire français, la couverture des charges de maladie et de maternité ainsi que des charges de famille.</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">TITRE III</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE VI</p> <p style="text-align: center;">Section 1</p> <p style="text-align: center;">De la contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>RÉDIGÉ:</p> <p>« Des congés pour paternité en cas de naissance ou d'adoption, avec solde, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ; ».</p> <p>VIII. - L'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au deuxième alinéa, après les mots : « de maternité », sont insérés les mots : « de paternité » ;</p> <p>2° Au troisième alinéa, les mots : « et de maternité » sont remplacés par les mots : « , de maternité et de paternité ».</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">VIII. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>de remplacement</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p>
<p>Art. L. 136-2. - 7° Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit.</p>	<p>IX. - Au 7° du II de l'article L. 136-2 du même code, les mots : « de la maternité » sont remplacés par les mots : « de la maternité ou de la paternité ».</p>	<p>IX. – Non modifié</p>	
<p style="text-align: center;">LIVRE III</p> <p>Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général</p> <p style="text-align: center;">TITRE I^{ER}</p>			
<p style="text-align: center;">Généralités</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE I^{ER}</p>			
<p>Champ d'application des assurances sociales</p>			
<p>Art. L. 311-1. - Les assurances sociales du régime général couvrent les risques ou charges de maladie, d'invalidité, de vieillesse, de décès, de veuvage, ainsi que de maternité, dans les conditions fixées par les articles suivants.</p>	<p>X. - A l'article L. 311-1 du même code, les mots : « ainsi que de maternité » sont remplacés par les mots : « de maternité, ainsi que de paternité ».</p>	<p>X. – Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>_____</p>	<p>_____</p> <p>maternité et au congé paternité » ;</p> <p>C) IL EST INSÉRÉ, AU CHAPITRE I^{ER}, UNE SECTION 4 AINSI RÉDIGÉE :</p> <p>« Section 4</p> <p>« Dispositions relatives à l'indemnisation du congé de paternité</p> <p>« Art. L. 331-8. - Après la naissance de son enfant et dans un délai fixé par décret, le père assuré reçoit pendant une durée maximale de onze jours consécutifs et dans les mêmes conditions d'ouverture de droit, de liquidation et de service, l'indemnité journalière visée à l'article L. 331-3, sous réserve de cesser toute activité salariée ou assimilée.</p> <p>« L'indemnité journalière n'est pas cumulable avec l'indemnisation des congés maladie et d'accident du travail, ni avec l'indemnisation par</p>	<p>_____</p> <p>... congé de paternité » ;</p> <p>3° Le chapitre 1^{er} est complété par une section 4 ainsi rédigée :</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« En cas de naissances multiples, la durée maximale fixée au précédent alinéa est égale à dix-huit jour consécutifs.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>_____</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Section 3 Prestations en espèces</p> <p>Art. L. 331-7. - L'indemnité journalière de repos est accordée à la femme assurée à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou un organisme autorisé pour l'adoption confie un enfant en vue de son adoption. Cette indemnité est également accordée à la personne assurée titulaire de l'agrément mentionné aux articles 63 ou 100-3 du code de la famille et de l'aide sociale lorsqu'elle adopte ou accueille un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français. Elle est due à la condition que l'intéressée cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation, pendant dix semaines au plus, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer, vingt-deux semaines au plus en cas d'adoptions multiples.</p> <p>.....</p> <p>La période d'indemnisation prévue au présent article peut faire l'objet d'une répartition entre la mère et le père adoptifs lorsque l'un et</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>l'assurance chômage ou le régime de solidarité. « Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »</p> <p>XIII. - La dernière phrase de l'article L. 331-7 du même code est ainsi rédigée :</p> <p>« Dans ce cas, la période d'indemnisation est augmentée de onze jours et ne peut être fractionnée en plus de deux parties, dont la plus</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>XIII. – ALINÉA SANS MODIFICATION</p> <p>« Dans ...</p> <p>... jours ou de dix-huit jours en cas d'adoption multiples et ne</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'autre ont vocation à bénéficier de l'indemnité journalière de repos. La période d'indemnisation ne pourra pas être fractionnée en plus de deux parties, dont la plus courte ne pourra être inférieure à quatre semaines.</p>	<p>courte est au moins égale à onze jours.»</p>	<p>peut jours.»</p>	
<p>Art. L. 532-4. - L'allocation parentale d'éducation à taux plein n'est pas cumulable pour le bénéficiaire avec :</p>	<p>XIV. - Les articles L. 532-4 et L. 544-8 du même code sont ainsi modifiés :</p>	<p>XIV. – Alinéa sans modification</p>	
<p>1° L'indemnisation des congés de maternité ou d'adoption ;</p>	<p>1° Au deuxième alinéa, les mots : « de maternité » sont remplacés par les mots : « de maternité, de paternité » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>2° L'allocation de remplacement pour maternité, prévue aux articles L. 615-19 et L. 722-8 du présent code et à l'article 1106-3-1 du code rural ;</p>	<p>2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé : « 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévue aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ; ».</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 544-8. - L'allocation de présence parentale n'est pas cumulable avec :</p>		<p>Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>1° L'indemnisation des congés de maternité ou d'adoption ;</p> <p>2° L'allocation forfaitaire de repos maternel prévue aux articles L. 615-19 et L. 722-8 du présent code ou l'allocation de remplacement pour maternité prévue à l'article L. 732-10 du code rural ;</p> <p>.....</p> <p>LIVRE VI</p> <p>Régimes des travailleurs non salariés</p>	<p>—</p> <p>XV. - A. - La sous-section 2 de la section 3 du chapitre IV du titre I^{er} du livre VI du même code est complétée par un article L. 615-19-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L 615-19-2. - Les pères qui relèvent à titre personnel du régime institué au présent titre bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, de l'indemnité journalière forfaitaire mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 615-19.</p> <p>« Les pères conjoints collaborateurs</p>	<p>XV. - NON MODIFIÉ</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>LIVRE VII</p> <p>Régimes divers – Dispositions diverses TITRE II</p> <p>Régimes divers de non-salariés et assimilés CHAPITRE II</p> <p>Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maladie, maternité, décès) Section 3</p> <p>Prestations</p>	<p>—</p> <p>remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 615-19-1 bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, de l'indemnité complémentaire visée au troisième alinéa dudit article.</p> <p>« Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée d'attribution des prestations. »</p>		<p>—</p>
	<p>B. - A la section 3 du chapitre II du titre II du livre VII du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 722-8-3 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 722-8-3.</i> - Les pères relevant à titre</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	<p>personnel du régime institué au présent chapitre bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, de l'indemnité journalière forfaitaire mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 722-8.</p> <p>« Les pères conjoints collaborateurs remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa des articles L. 722-8-1 et L. 722-8-2 bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, de l'indemnité complémentaire visée au troisième alinéa desdits articles.</p> <p>« Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée d'attribution des prestations. »</p>	—	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">TITRE I^{ER}</p> <p style="text-align: center;">Régimes spéciaux CHAPITRE I^{ER}</p> <p style="text-align: center;">Dispositions générales SECTION 2</p> <p style="text-align: center;">Prestations</p> <p>Art. L. 711-8. - Les durées d'indemnisation fixées par les articles L. 331-3, L. 331-4, L. 331-5 et L. 331-7 s'appliquent, sauf dispositions plus favorables, aux assurées qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE III</p> <p style="text-align: center;">Régime des militaires SECTION 1</p> <p style="text-align: center;">Dispositions générales</p> <p>Art. L. 713-4. - Les 10°, 11° et 12° de l'article L. 322-3 s'appliquent, sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent du régime institué par le présent chapitre.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">XVI. - A. - Aux articles L. 711-8 et L. 713-14 du même code, les références : « L. 331-5 et L. 331-7 » sont remplacées par les références : « L. 331-5, L. 331-7 et L. 331-8 » et le mot « assurées » est remplacé par le mot : « assurés ».</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">XVI. - Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE II</p> <p style="text-align: center;">Régime des fonctionnaires de l'Etat et des magistrats</p> <p style="text-align: center;">SECTION 2</p> <p style="text-align: center;">Prestations</p> <p>Art. L. 712-3. - Les indemnités, allocations et pensions attribuées aux fonctionnaires en cas d'arrêt de travail résultant de maladie, maternité et invalidité et les allocations attribuées aux ayants droit de fonctionnaires décédés, sont déterminées sans préjudice de l'application de la législation générale sur les pensions. Elles sont liquidées et payées par les administrations ou établissements auxquels appartiennent les intéressés .</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>B. - A l'article L. 712-3 du même code, les mots : « maternité et » sont remplacés par les mots : « maternité, paternité et ».</p> <p>XVII. - Après l'article L. 732-12 du code rural, il est inséré un article L. 732-12-1 ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 2em;">« Art. L. 732-12-1. - Les pères appartenant aux catégories mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">XVII. – NON MODIFIÉ</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines</p> <p>Art. 17. - La conjointe partici pante du régime de pension défini au I de l'article 16 bénéficie de la couverture partielle des frais exposés pour assurer son remplacement dans les travaux de l'entreprise lorsqu'elle est empêchée d'accomplir ces travaux en raison de la maternité ou de l'arrivée à son foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application des dispositions de l'alinéa précédent et, en particulier, la ou les périodes de remplacement ouvrant droit au bénéfice de l'avantage ci-dessus ainsi que la durée maximale d'attribution dudit avantage. En cas d'adoption, la ou les périodes de remplacement se situent nécessairement après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>leurs travaux, d'une allocation de remplacement.</p> <p>« Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée maximale d'attribution de la prestation. »</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>maximale d'attribution de la prestation étant égale à la moitié de celle qui est prévue en cas de maternité.</p>	<p>XVIII. - L'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>XVIII. – NON MODIFIÉ</p>	
<p>Cette prestation, à la charge du régime spécial de sécurité sociale des marins, est financée par la cotisation visée au quatrième alinéa du I de l'article 16.</p>	<p>« Le père participant du régime de pension défini au I de l'article 16 bénéficie, sur sa demande, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, de la couverture partielle des frais exposés pour assurer son remplacement dans les travaux de l'entreprise qu'il effectue habituellement. Le montant de cette couverture est identique à celui alloué à la conjointe participante visée au premier alinéa du présent article. Un décret en Conseil d'Etat détermine le montant et la durée d'attribution dudit avantage. »</p>		
<p>Code des pensions de retraite des marins TITRE III Versements au profit de la caisse de retraites</p>	<p>XIX. - Au III de l'article L. 41 du code des pensions de retraite des</p>	<p>XIX. – NON MODIFIÉ</p>	
<p>Art. L. 41. - III. - Les périodes</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>de perception d'une indemnité journalière sur la Caisse générale de prévoyance des marins français en cas d'accident, de maladie résultant d'un risque professionnel, d'accident non professionnel, de maladie ou de maternité donnent lieu, de la part des bénéficiaires, au versement de la cotisation personnelle assise sur le montant de cette indemnité.</p>	<p>marins français du commerce, de pêche ou de plaisance, après le mot : « maternité », sont insérés les mots : « ou de congé de paternité prévu par l'article L. 122-25-4 du code du travail ».</p>	<p>MODIFIÉ</p>	
<p>Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales</p>	<p>XX. - Au seizième alinéa de l'article 9 et à l'article 9-1 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, la référence : « à L. 331-7 » est remplacée par la référence : « à L. 331-8 ».</p>	<p>XX. – Non modifié</p>	
<p>Art. 9. - L'assurance maladie et maternité est régie par les dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :</p>			
<p>..... - L 331-1 à L 331-7 ;</p>			
<p>Art. 9-1. - Les dispositions citées à l'article 9 sont également applicables aux personnes non salariées relevant de la caisse de prévoyance sociale, à l'exception de celles relatives aux articles L 321-1 (5°), L 323-1 à L 323-5, L 331-3 à L 331-7 et L 371-3 (deuxième alinéa) du code</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>de la sécurité sociale. Toutefois, à titre transitoire, ces personnes continuent de bénéficier des prestations en espèces d'assurance maladie et maternité qui leur sont servies par la caisse de prévoyance sociale.</p>		<p>XXI (<i>nouveau</i>). - Les dispositions du présent article sont applicables aux enfants nés ou adoptés à partir du 1^{er} janvier 2002 et aux enfants nés avant cette date alors que leur naissance présumée était postérieure au 31 décembre 2001.</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>Article 23</p>	<p>Article 23</p>	<p>Article 23</p>
<p>Art. L. 223-1. - 5°) De verser au Fonds de solidarité vieillesse créé à l'article L. 135-1 un montant égal aux dépenses prises en charge par ce fonds au titre des majorations de pensions mentionnées au a du 3° et au 6° de l'article L. 135-2 ; ce versement fait l'objet d'acomptes.</p>	<p>I. - L'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est complété par trois alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
	<p>« 6° D'ASSURER LE REMBOURSEMENT DES INDEMNITÉS OU ALLOCATIONS VERSÉES DANS LES CONDITIONS FIXÉES PAR LES ARTICLES L. 331-8, L. 615-19-2 ET L. 722-8-</p>	<p>« 6° D'assurer du présent code, les rural et le dernier alinéa ...</p>	<p>2.</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, LES ARTICLES L. 732-12-1 ET L. 742-3 DU CODE RURAL ET LE CINQUIÈME ALINÉA DE L'ARTICLE 17 DE LA LOI N° 97-1051 DU 18 NOVEMBRE 1997 D'ORIENTATION SUR LA PÊCHE MARITIME ET LES CULTURES MARINES, AINSI QUE DES FRAIS DE GESTION AFFÉRENTS AU SERVICE DE CES INDEMNITÉS OU ALLOCATIONS DONT LE MONTANT EST FIXÉ PAR ARRÊTÉ MINISTÉRIEL ;</p> <p>« 7° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité aux ouvriers sous statut de l'Etat, aux</p>	<p>—</p> <p>... ministériel ;</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>_____</p> <p>Art. L. 241-2. - Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur : 2° Une fraction</p>	<p>_____</p> <p>magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ;</p> <p>« 8° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la Société nationale des chemins de fer français, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret. »</p>	<p>_____</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>_____</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>fixée à 45 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la collectivité territoriale de Corse et du prélèvement perçu au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 <i>bis</i> du code général des impôts.</p>	<p>II. - L'ARTICLE L. 241-2 DU MÊME CODE EST COMPLÉTÉ PAR UN ALINÉA AINSI RÉDIGÉ :</p> <p>« 2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3. »</p>	<p>II. – Non modifié</p>	
<p>LIVRE VI</p> <p>Régimes des travailleurs non salariés</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>Assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles</p> <p>CHAPITRE II</p> <p>Financement</p> <p>SECTION 1</p> <p>Généralités</p> <p>Art. L. 612-1. - Les charges entraînées par l'application du présent titre sont couvertes par :</p> <p>6°) une fraction du</p>	<p>III. - L'article</p>	<p>III. – Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1.</p>	<p>L. 612-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 7° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application de l'article L. 615-19-2. »</p>	<p>—</p> <p>IV. – Non modifié</p>	<p>—</p> <p>Article 23 bis</p>
<p>Code rural</p> <p>Art. L. 732-13. - Les dépenses afférentes au service de l'allocation de remplacement sont financées par la cotisation prévue à l'article L. 731 35.</p>	<p>IV. - L'article L. 732-13 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Les dépenses afférentes au service des allocations de remplacement versées en application de l'article L. 732-12-1 font l'objet d'un remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales à l'Etat. »</p>	<p>Article 23 bis (nouveau)</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 544-6. - L'allocation de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil suivant le début de la période de congé visée à l'article L. 122-28-9 du code du travail. En cas de</p>		<p>Le premier alinéa de l'article L. 544-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>	
		<p>« L'allocation de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel est déposée la demande sous réserve que les conditions d'ouverture de droit soient réunis à cette date. »</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>changement de la durée d'activité restante, le montant de la prestation est modifié à compter du premier jour du mois civil suivant le changement.</p> <p>L'allocation cesse d'être due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit cessent d'être réunies.</p>	<p>—</p> <p>Article 24</p> <p>Le compte de réserves affectées au financement du fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance créé par l'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est abondé de 228,67 millions d'euros.</p> <p>Ce montant est prélevé sur l'excédent de l'exercice 2000 de la branche famille du régime général de la sécurité sociale.</p>	<p>—</p> <p>Article 24</p> <p>Sans modification</p>	<p>—</p> <p>Article 24</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Article additionnel après l'article 24</i></p> <p><i>Le chapitre III du titre II du livre II du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 223-4 ainsi rédigé :</i></p> <p><i>«Art. L. 223-4. - Chaque année, avant le 15 juillet, le conseil d'administration de la Caisse nationale</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>Article 25</p> <p>La part prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des dépenses visées au 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est égale à une fraction fixée à 30 % pour l'année 2002.</p>	<p>—</p> <p>Article 25</p> <p>Sans modification</p> <p>Article 25 bis (nouveau)</p> <p>Le chapitre III du titre IV du livre V du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 543-2 ainsi rétabli :</p> <p>« Art. L. 543-2. — Une allocation différentielle est due lorsque les ressources excèdent le plafond à l'article L. 543-1 d'un montant inférieur à une somme déterminée. Ses modalités de calcul</p>	<p>—</p> <p><i>d'allocations familiales prend connaissance de la situation du compte de report à nouveau du fonds national des prestations familiales.</i></p> <p><i>«Il formule des propositions de mesures susceptibles d'être inscrites dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale et qu'autorise la situation du compte mentionné à l'alinéa précédent.</i></p> <p><i>«Cette délibération est transmise au Gouvernement et au Parlement avant le 1er septembre ou, si cette date est un jour férié, le premier jour ouvrable qui suit.»</i></p> <p>Article 25</p> <p>Supprimé</p> <p>Article 25 bis</p> <p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale LIVRE V Prestations familiales et prestations assimilées. TITRE IV Prestations à affectation spéciale. Chapitre 3 Allocation de rentrée scolaire.</p>		<p>sont définies par décret et Conseil d'Etat.»</p>	<p>Article additionnel après l'article 25 bis</p>
<p>Art. L. 543-1. -Une allocation de rentrée scolaire est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond variable en fonction du nombre des enfants à charge, pour chaque enfant inscrit en exécution de l'obligation scolaire dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé.</p>			<p><i>Le premier alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :</i></p>
<p>Elle est également attribuée, pour chaque enfant d'un âge inférieur à un âge déterminé, et dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L 512-3, qui poursuit des études ou qui est placé en apprentissage.</p>			<p><i>«Le montant de l'allocation est modulé en fonction du cycle d'étude de l'enfant y ouvrant droit.»</i></p>
.....	Section 4	Section 4	Section 4

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	—	—
Code du travail	Branche vieillesse	(1) BRANCHE VIEILLESSE	(2) BRANCHE VIEILLESSE
<p>Art. L. 351-10. - Les travailleurs privés d'emploi qui ont épuisé leurs droits à l'allocation d'assurance ou à l'allocation de fin de formation visée à l'article L 351-10-2 et qui satisfont à des conditions d'activité antérieure et de ressources ont droit à une allocation de solidarité spécifique.</p>		Article 26 A (<i>nouveau</i>)	3. Article 26 A
		<p>I. – Après le premier alinéa de l'article L. 351-10 du code du travail, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	Supprimé
		<p>« Les demandeurs d'emploi qui ont épuisé leurs droits à l'allocation d'assurance et qui justifient, avant l'âge de soixante ans, d'au moins 160 trimestres validés dans les régimes de base obligatoires d'assurance vieillesse ou de périodes reconnues équivalentes, ont également droit à une allocation de solidarité spécifique s'ils justifient à la date de la demande, de ressources mensuelles inférieures à un plafond correspondant à 85 fois le montant journalier de l'allocation pour une personne seule et 140 fois le même montant pour un couple. »</p>	
<p>Cette allocation est également attribuée aux bénéficiaires de l'allocation d'assurance âgés de cinquante ans au moins qui satisfont aux</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>conditions mentionnées à l'alinéa précédent et qui optent pour la perception de cette allocation. Dans ce cas, le service de l'allocation d'assurance est interrompu.</p>			
<p>Cette allocation est à la charge du fonds mentionné à l'article précédent.</p>			
<p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les mesures d'application du présent article et notamment la durée de cette allocation. Le taux de cette allocation, qui est révisé une fois par an en fonction de l'évolution des prix, est fixé par décret.</p>			
<p>Art. L. 351-10-1. - Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique mentionnée au premier alinéa de l'article L 351-10 ou de l'allocation de revenu minimum d'insertion prévue à l'article 2 de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion peuvent bénéficier d'une allocation spécifique d'attente, à la charge du fonds mentionné à l'article L. 351-9, lorsqu'ils justifient, avant l'âge de soixante ans, d'au moins cent soixante trimestres validés dans les régimes de base obligatoires d'assurance vieillesse ou de périodes reconnues équivalentes. Le total des ressources des bénéficiaires de l'allocation spécifique d'attente ne pourra être</p>		<p>II. - La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 351-10-1 du même code est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :</p> <p>« Le montant de cette allocation spécifique d'attente est fixée à 2000 F (305 €). Le total des ressources du bénéficiaire de l'allocation spécifique d'attente ne pourra être inférieur à 5000 F (770 €). Les ressources prises en considération pour l'appréciation de ce montant ne comprennent pas les allocations d'assurance ou de solidarité, les rémunérations de stage ou les revenus d'activité du conjoint de l'intéressé, de son concubin ou de son partenaire, lié à lui par un pacte civil de solidarité, tels qu'ils doivent être</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
inférieur à un montant fixé par décret.		déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu. »	
Code de la sécurité sociale LIVRE III			
Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général TITRE V			
Assurance vieillesse Assurance veuvage CHAPITRE I ^{ER} Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite SECTION V			
Taux et montant de la pension	Article 26	Article 26	Article 26
	L'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « <i>Art. L. 351-11.</i> - Au titre de l'année 2002, le coefficient de revalorisation applicable au 1 ^{er} janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 2,2 %. »	<i>Sans modification</i>	<i>Sans modification</i>
LIVRE 1^{ER} TITRE VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins – contrôle médical – tutelle aux prestations sociales CHAPITRE I ^{ER}			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Dispositions relatives aux prestation SECTION 1 (1) GÉNÉRALITÉS</p> <p style="text-align: center;">Sous-section 4 Assurance vieillesse</p> <p>Art L. 161-19. - Toute période de mobilisation ou de captivité est, sans condition préalable, assimilée à une période d'assurance pour l'ouverture du droit et la liquidation des avantages vieillesse. (2)</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>Article 26 bis (nouveau)</p> <p style="text-align: center;">A l'article L. 161-19 du code de la sécurité sociale, les mots : « de mobilisation ou de captivité » sont remplacés par les mots : « de service national légal, de mobilisation ou de captivité ».</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>Article 26 bis</p> <p style="text-align: center;">Sans modification</p>
<p style="text-align: center;">LIVRE III TITRE V CHAPITRE I^{ER} Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite SECTION 2 Périodes d'assurance, périodes équivalentes et périodes assimilées</p> <p>Art. L. 351-4. - Les femmes assurées ayant élevé un ou plusieurs enfants dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 342-4, bénéficient d'une majoration de leur durée d'assurance par enfant élevé dans lesdites conditions.</p>		<p style="text-align: center;">Article 26 ter (nouveau)</p> <p style="text-align: center;">L'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 351-4. - Les femmes assurées sociales ayant élevé un ou plusieurs enfants bénéficient d'une majoration de leur durée d'assurance par enfant élevé dans des conditions fixées par décret. »</p>	<p style="text-align: center;">Article 26 ter</p> <p style="text-align: center;">Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	—	—
		<p data-bbox="874 414 1061 481">Article 26 <i>quater</i> (nouveau)</p> <p data-bbox="821 504 1117 1052">Le gouvernement présentera au Parlement, au plus tard le 31 mai 2002, un rapport faisant état du nombre de personnes handicapées âgées de plus de soixante ans, de la nature et de l'état actuel des équipements susceptibles de les accueillir ainsi que des différents types d'établissements qui devraient être créés pour répondre au problème spécifique de leur hébergement.</p> <p data-bbox="853 1108 1077 1176">Article 26 <i>quinquies</i> (nouveau)</p> <p data-bbox="821 1209 1117 1500">Le Gouvernement présentera l'année prochaine un rapport sur la politique à mener en matière de pension de réversion, et notamment sur la règle du cumul droits personnels et pension de réversion.</p>	<p data-bbox="1181 414 1372 448">Article 26 <i>quater</i></p> <p data-bbox="1189 504 1388 537">Sans modification</p> <p data-bbox="1157 1108 1388 1153">Article 26 <i>quinquies</i></p> <p data-bbox="1204 1209 1316 1243">Supprimé</p>
	<p data-bbox="598 1556 710 1590">Article 27</p> <p data-bbox="510 1624 805 1713">I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p data-bbox="510 1713 805 1881">1° L'intitulé de la section 4 du chapitre I^{er} du titre VIII du livre III est ainsi rédigé :</p>	<p data-bbox="909 1556 1021 1590">Article 27</p> <p data-bbox="821 1624 1117 1691">Alinéa sans modification</p> <p data-bbox="821 1758 1021 1881">1° ALINÉA SANS MODIFICATION</p>	<p data-bbox="1212 1556 1332 1590">Article 27</p> <p data-bbox="1165 1624 1372 1657">Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">LIVRE III TITRE VIII CHAPITRE IER SECTION 4</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">« Section 4</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;"><i>Division et intitulé</i></p>	<p style="text-align: center;">—</p>
<p>Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses</p> <p>(assurance maladie et assurance maternité)</p>	<p>« Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses (assurance maladie, assurance maternité et assurance invalidité) » ;</p>	<p><i>sans modification</i></p>	
<p>Art. L. 381-17. - Les charges résultant des dispositions de la présente section sont couvertes :</p>	<p>2° L'article L. 381-17 est ainsi modifié :</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>	
<p>1° Par des cotisations personnelles assises sur une base forfaitaire et à la charge des assurés, la cotisation due par les titulaires d'une pension servie en application de l'article L. 721-1 étant réduite dans des conditions fixées par voie réglementaire. Les cotisations dues par les personnes visées à l'article L. 381-12 qui sont redevables des contributions mentionnées respectivement à l'article L. 136-1 et au I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont réduites dans des conditions fixées par arrêté ;</p>	<p>a) La première phrase du 1° est ainsi rédigé : « Par des cotisations personnel-les assises sur une base forfaitaire et à la charge des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses. » ;</p>	<p>a) Alinéa sans modification</p>	
<p>2° Par une cotisation à base forfaitaire à la charge des associations, con-grégations ou collectivités</p>	<p>b) Au 2°, les mots : « assurés, la cotisation due pour les titulaires d'une pension servie en application de l'article</p>	<p>b) Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>religieuses dont relèvent les assurés, la cotisation due pour les titulaires d'une pension servie en application de l'article L. 721-1 étant réduite dans des conditions fixées par voie réglementaire ;</p> <p>3° En tant que de besoin, par une contribution du régime général.</p> <p>Les bases et les taux des cotisations mentionnées aux 1° et 2° sont fixés par arrêté.</p> <p>Le montant des cotisations peut être réparti dans les conditions fixées au second alinéa du II de l'article L. 721-3.</p>	<p>L. 721-1 étant réduite dans les conditions fixées par la voie réglementaire » sont remplacés par les mots : « les ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses » ;</p> <p><i>c) Le dernier alinéa est supprimé ;</i></p> <p>3° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VIII du livre III est complétée par une sous-section 9 intitulée : « Assurance invalidité » et comprenant un article L. 381-18-1 ainsi rédigé : « <i>Art. L. 381-18-1.</i> - Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses mentionnés à l'article L. 381-12 ont droit à une pension d'invalidité lorsque leur état de santé les met dans l'incapacité totale ou partielle d'exercer, médicalement constatée et révisée selon une</p>	<p><i>c) L'avant-dernier alinéa est supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé (cf ci-dessus)</i></p> <p>3° Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	périodicité fixée par décret.	Alinéa sans modification	—
—	<p>« UN DÉCRET DÉTERMINE LES MODALITÉS DE CALCUL DU MONTANT DE LA PENSION.</p> <p>« La pension d'invalidité est remplacée, à l'âge fixé en application de l'article L. 721-5, par la pension vieillesse prévue à la section 2 du chapitre I^{er} du titre II du livre VII.</p> <p>« La pension d'invalidité est majorée d'un montant fixé par décret lorsque le titulaire se trouve dans l'obligation d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. » ;</p>	<p>« La ...</p> <p>... application de l'article L. 721-5, ...</p> <p>... livre VII.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	—
TITRE II			
Régimes divers de non-salariés et assimilés			
CHAPITRE I ^{ER}			
Régime des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses			
Art. L. 721-1. - Les ministres des cultes et les membres des congrégations et	4° A l'article L. 721-1, les mots : « les risques vieillesse et invalidité » sont remplacés	4° Alinéa sans modification	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>collectivités religieuses qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un autre régime de sécurité sociale sont garantis contre les risques vieillesse et invalidité dans les conditions fixées par les dispositions du présent chapitre.</p>	<p>par les mots : « le risque vieillesse » ;</p>		
<p>L'affiliation est prononcée par l'organisme de sécurité sociale mis en place par l'article L. 721-2, s'il y a lieu après consultation d'une commission consultative instituée auprès de l'autorité compétente de l'Etat, comprenant notamment des représentants de l'administration et des personnalités choisies en raison de leur compétence, compte tenu de la diversité des cultes concernés .</p>			
<p>Section 2</p>			
<p>Assurance vieillesse Sous-section 1</p>			
<p>Organisation de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes</p>			
<p>Art. L. 721-2. - Il est institué un organisme de sécurité sociale à compétence nationale qui prend la dénomination de "Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes". Cet organisme est constitué et fonctionne, sous réserve des dispositions du présent chapitre, conformément aux dispositions applicables aux organismes visés au chapitre Ier du titre Ier du</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>livre II. Il est chargé d'assurer le recouvrement des cotisations et le versement des prestations d'assurance maladie et maternité, d'assurance vieillesse et d'assurance invalidité. Il gère les cinq sections suivantes :</p>	<p>5° La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 721-2 est ainsi rédigée :</p>	<p>5° Alinéa sans modification</p>	
<p>Sous-section 3 Cotisations</p>	<p>« Il gère les quatre sections suivantes : assurance maladie, maternité et invalidité, assurance vieillesse, action sanitaire et sociale et gestion administrative. » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 721-3. - I. - Les charges résultant des dispositions de la présente section et de la section 4 sont couvertes par :</p>	<p>6° Au 1° de l'article L. 721-3, les mots : « ou sur la pension mentionnée à l'article L. 721-9 » sont supprimés ;</p>	<p>6° Alinéa sans modification</p>	
<p>Sous-section 4</p>			
<p>Pensions de vieillesse et de réversion</p>	<p>7° Le 3° de l'article L. 721-5 est ainsi rédigé :</p>	<p>7° Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 721-5. - Les personnes qui exercent ou qui ont exercé des activités mentionnées à l'article L. 721-1 reçoivent une pension de vieillesse dans les conditions et à un âge fixés par décret.</p>	<p>« 3° Des personnes atteintes d'une incapacité totale ou partielle d'exercer dans les conditions prévues à l'article L. 381-18-1. » ;</p>		
<p>3°) des personnes atteintes d'une incapacité totale et définitive d'exercer, médicalement constatée.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 721-5-1. - La pension servie aux assurés visés au 3° de l'article L. 721-5 est complétée, le cas échéant, par la majoration prévue à l'article L. 721-11-1 lorsque les titulaires remplissent soit au moment de la liquidation de leur droit, soit postérieurement mais avant un âge fixé par décret, les conditions d'octroi de la majoration.</p>	<p>8° A l'article L. 721-5-1, la référence : « à l'article L. 721-11-1 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 381-18-1 » ;</p>	<p>8° Alinéa sans modification</p>	
<p>SECTION 3</p>	<p>9° La section 3 du chapitre I^{er} du titre II du livre VII est abrogée.</p>	<p>9° Alinéa sans modification</p>	
<p>Assurance invalidité <u>(Articles L. 721-9 à L. 721-14)</u></p>	<p>II. - UNE CONVENTION CONCLUE ENTRE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE, LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS ET LA CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE, INVALIDITÉ ET MALADIE DES CULTES DÉTERMINE LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES RÉSERVES DU FONDS D'ASSURANCE</p>	<p>II. – Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	INVALIDITÉ DE LA CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE, INVALIDITÉ ET MALADIE DES CULTES SONT MISES À LA DISPOSITION DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS.	—	—
Code de la sécurité sociale	III. - Les dispositions du I s'appliquent du 1 ^{er} janvier 2002.	III. - Non modifié	<i>Article additionnel après l'article 27</i>
LIVRE 1^{er} Généralités. Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base. TITRE III Dispositions communes relatives au financement. Chapitre 4 Compensation. Section 1 Compensation généralisée.			
Art L. 134-1. -			
..... La compensation entre les régimes spéciaux d'assurance vieillesse de salariés porte sur l'ensemble des charges de l'assurance vieillesse et est calculée sur la base de la moyenne des prestations			I. - Les

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>moyenne des prestations servies par les régimes concernés.</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p> <p><i>deuxième et troisième alinéas de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale sont abrogés.</i></p>
<p>Toutefois, les sommes effectivement versées par les régimes en application du deuxième alinéa et au-delà des versements effectués en application du premier alinéa ne peuvent être supérieures, pour chacun d'entre eux et chaque exercice comptable, à 25 p 100 du total des prestations qu'ils servent.</p> <p>.....</p>	<p>I. - AU II DE L'ARTICLE L. 245-16 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, LES POURCENTAGES : « 50 % » ET DE : « 30 % » SONT REMPLACÉS RESPECTIVEMENT PAR LES</p>	<p>I. – Non modifié</p>	<p><i>II. - La perte de recettes pour les régimes spéciaux d'assurance vieillesse de salariés sont compensées par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575A du code général des impôts.</i></p>
<p>LIVRE II</p>	<p>Article 28</p>	<p>Article 28</p>	<p>Article 28</p>
<p>TITRE IV</p>			
<p>CHAPITRE V</p>			
<p>SECTION 5</p>			
<p>Prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement</p>			
<p>Art. L. 245-16. -</p>			
<p>.....</p> <p>II. - Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :</p>			<p>4. Supprimé</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>20 % à la première section du Fonds de solidarité vieillesse, mentionnée à l'article L. 135-2</p> <p>50 % au fonds mentionné à l'article L. 135-6 ;</p> <p>30 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.</p>	<p>POURCENTAGES DE : « 65 % » ET « 15 % ».</p>	<p>II. – Non modifié</p>	
<p>Dispositions communes relatives au financement CHAPITRE 5 <i>BIS</i></p>	<p>II. - AU 5° DE L'ARTICLE L. 135-7 DU MÊME CODE, LE POURCENTAGE : « 50 % » EST REMPLACÉ PAR LE POURCENTAGE : « 65 % ».</p>	<p>III. – Non modifié</p>	
<p>Fonds de réserve pour les retraites</p>	<p>III. - Les dispositions du présent article sont applicables aux versements à recevoir par les organismes visés au II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2002.</p>		
<p>Art. L. 135-7. - Les ressources du fonds sont constituées par :</p> <p>.....</p> <p>5° Une fraction égale à 50 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16 ;</p> <p>.....</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	Elles s'appliquent à tous les produits notifiés à compter de cette date.	—	—
	Article 29	Article 29	Article 29
		Sans modification	<i>Supprimé</i>
	LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES VERSE EN 2002 LA SOMME DE 762 MILLIONS D'EUROS AU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES MENTIONNÉ À L'ARTICLE L.135-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. CETTE SOMME EST PRÉLEVÉE SUR LE RÉSULTAT EXCÉDENTAIRE 2000 DE LA BRANCHE FAMILLE, APRÈS AFFECTATION D'UNE FRACTION DE CELUI-CI AU FONDS D'INVESTISSE MENT POUR LE DÉVELOPPEME NT DES STRUCTURES D'ACCUEIL DE LA PETITE ENFANCE CRÉÉ PAR L'ARTICLE 23 DE LA LOI DE		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	<p data-bbox="502 403 726 660">FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2001 (N°2000-1257 DU 23 DÉCEMBRE 2000).</p> <p data-bbox="502 705 726 1108">UN ARRÊTÉ DES MINISTRES CHARGÉS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DU BUDGET FIXE LA DATE À LAQUELLE CE VERSEMENT EST EFFECTUÉ.</p> <p data-bbox="590 1131 726 1176">Section 5</p> <p data-bbox="526 1220 790 1400">Objectifs de dépenses par branche pour les années 2001 et 2002</p> <p data-bbox="598 1444 718 1489">Article 30</p> <p data-bbox="502 1512 805 1803">Pour 2002, les objectifs de dépenses par branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :</p> <p data-bbox="598 1848 805 1971">II. EN MILLIARDS D'EUROS</p>	<p data-bbox="813 336 1125 2011">—</p> <p data-bbox="893 1131 1029 1176">Section 5</p> <p data-bbox="837 1220 1093 1400">Objectifs de dépenses par branche pour les années 2001 et 2002</p> <p data-bbox="909 1444 1029 1489">Article 30</p> <p data-bbox="813 1512 1117 1579">Alinéa sans modification</p> <p data-bbox="813 1825 1117 1937">(En droits constatés et en milliards d'euros.)</p>	<p data-bbox="1125 336 1407 2011">—</p> <p data-bbox="1204 1131 1340 1176">Section 5</p> <p data-bbox="1141 1220 1396 1400">Objectifs de dépenses par branche pour les années 2001 et 2002</p> <p data-bbox="1212 1444 1332 1489">Article 30</p> <p data-bbox="1165 1512 1364 1556">Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	—	—
	A. EN DROITS CONSTATÉS		
	- Maladie -maternité- invalidité-décès <i>125,05</i>	Maladie- maternité- invalidité-décès <i>125,27</i>	
	- Vieillesse- veuvage..... <i>136,06</i>	Vieillesse-veuvage <i>136,08</i>	
	- Accidents du travail ... <i>8,40</i>	Accidents du travail ... <i>8,53</i>	
41.	- Famille <i>41,99</i>	Famille <i>42,01</i>	
42.			
43.	- Total des dépenses <i>311,5</i> <i>3</i>	Total des dépenses <i>311,89</i>	
44.	Article 31	Article 31	Article 31
45.		Sans modification	Sans modification
	<p>POUR 2001, LES OBJECTIFS RÉVISÉS DE DÉPENSES PAR BRANCHES DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRE S DE BASE COMPTANT PLUS DE VINGT MILLE COTISANTS ACTIFS OU RETRAITÉS TITULAIRES DE DROITS PROPRES SONT FIXÉS AUX MONTANTS SUIVANTS :</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	—	—
46.	<u>En milliards de francs</u> <u>En encaissements-décaissements</u>	<u>(En encaissements-décaissements et en milliards de francs)</u>	
47.	- Maladie-maternité-invalidité-décès 784,30	<i>Maladie-maternité-invalidité-décès</i> 785,60	
48.	- Vieillesse-veuvage 830,80	<i>Vieillesse-veuvage</i> 830,80	
49.	- Accidents du travail 57,90	<i>Accidents du travail...</i> ... 57,90	
50.	- Famille 275,90	Famille 275,90	
51.			
52.	- Total des dépenses 1 948,90	<i>Total des dépenses</i> 1950,20	
53.			
54.	Section 6 ONDAM	Section 6 Objectif national de dépenses d'assurance maladie	Section 6 Objectif national de dépenses d'assurance maladie
55.	Article 32	Article 32	Article 32
56.	L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE EST FIXÉ À 112,62 MILLIARDS D'EUROS POUR L'ANNÉE 2002.	L'objectif fixé à 112,77 milliards 2002.	1. Supprimé
		Article 32 bis (nouveau)	Article 32 bis

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>LIVRE IER TITRE III CHAPITRE III Recouvrement des cotisations</p>	<p>—</p> <p>Section 7 Mesures relatives à la trésorerie, à la comptabilité et à l'organisation financière</p> <p>Article 33</p> <p>I. – Après le chapitre III du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre III <i>bis</i> ainsi rédigé :</p> <p>« <i>CHAPITRE III BIS</i></p> <p>« <i>Modernisation et simplification du recouvrement des cotisations de sécurité sociale</i></p> <p>« Section 1</p> <p>« Modernisation et simplification des formalités au regard des entreprises</p> <p>« <i>Art. L. 133-5. - Les déclarations sociales que les entreprises et autres cotisants sont tenus d'adresser aux organismes gérant des régimes de protection sociale relevant</i></p>	<p>—</p> <p>Pour 2001, l'objectif révisé national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 710,3 milliards de francs, en encaissements-décaissements.</p> <p>Section 7 Mesures relatives à la trésorerie, à la comptabilité et à l'organisation financière</p> <p>Article 33</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé</p> <p><i>sans modification</i></p> <p>Division et intitulé</p> <p><i>sans modification</i></p> <p>« <i>Art. L. 133-5. - Alinéa sans modification</i></p>	<p>—</p> <p>Sans modification</p> <p>Section 7 Mesures relatives à la trésorerie, à la comptabilité et à l'organisation financière</p> <p>Article 33</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé</p> <p><i>sans modification</i></p> <p>Division et intitulé</p> <p><i>sans modification</i></p> <p>« <i>Art. L. 133-5. - Non modifié</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>du présent code et du code rural ou visés aux articles L. 223-16 et L. 351-21 du code du travail peuvent être faites par voie électronique, soit directement auprès de chacun de ces organismes soit auprès d'un organisme désigné par eux à cet effet et agréé ou, à défaut, désigné par l'Etat.</p> <p>« L'accusé de réception des déclarations effectuées par voie électronique est établi dans les mêmes conditions.</p> <p>« Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste des déclarations et la date à compter de laquelle celles-ci peuvent être effectuées par voie électronique.</p> <p>« TOUTE ENTREPRISE OU AUTRE COTISANT, DANS DES CONDITIONS DÉFINIES PAR ARRÊTÉ DU MINISTRE CHARGÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU, LE CAS ÉCHÉANT, LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE, PEUT BÉNÉFICIER D'UN SERVICE D'AIDE À L'ÉLABORATION DES DÉCLARATIONS SOCIALES</p>	<p>—</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Un arrêté ...</p> <p>... sociale ou du ministre chargé de l'agriculture fixe ...</p> <p>... électronique</p> <p>« Toute ...</p> <p>... échéant, du ministre chargé de l'agriculture, ...</p> <p>... l'article L. 143-3 du code ...</p> <p>... article.</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	<p>RELATIVES AUX SALAIRES VERSÉS AINSI QU'À L'ÉLABORATI ON DES BULLETINS DE PAYE PRÉVUS À L'ARTICLE L. 243-3 DU CODE DU TRAVAIL . CE SERVICE EST OUVERT, SUR ADHÉSION, AUPRÈS DE L'ORGANISME VISÉ AU PREMIER ALINÉA DU PRÉSENT ARTICLE.</p> <p>« Les organismes visés au présent article, pour l'exercice de leurs missions, collectent et conservent le numéro national d'identification des personnes physiques pour chaque salarié déclaré, dans des conditions sécurisées, fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'infor- matique et des libertés.</p> <p>« POUR LES DÉCLARATION S DEVANT ÊTRE ACCOMPAGNÉ ES D'UN PAIEMENT, L'INSCRIPTION</p>	<p>—</p> <p>« Pour assurer le service défini au précédent alinéa et sa sécurisation, les organismes mentionnés au présent article sont autorisés à collecter et conserver le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques des personnes concernées, dans des conditions fixées ...</p> <p>... libertés.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>AU SERVICE DE TÉLÉRÈGLEMENT DISPENSE L'ENTREPRISE OU AUTRE COTISANT DE TOUTE AUTRE FORMALITÉ PRÉALABLE À L'UTILISATION DU TÉLÉRÈGLEMENT.</p> <p>« Section 2</p> <p><i>« Modernisation et simplification des formalités au regard des travailleurs indépendants</i></p> <p>« Art. L. 133-6. – Les travailleurs indépendants, ou les futurs travailleurs indépendants, reçoivent de la part des organismes en charge du recouvrement des cotisations de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 131-6, L. 642-1 et L. 723-6 du présent code une information concertée et coordonnée portant sur l'ensemble des droits et obligations en matière de prestations et de cotisations et contributions de sécurité sociale résultant d'une activité professionnelle</p>	<p>—</p> <p>Division et intitulé</p> <p><i>sans modification</i></p> <p>« Art. L. 133-6. – Les ...</p> <p>... L. 723-6 une information ...</p>	<p>—</p> <p>Division et intitulé</p> <p><i>sans modification</i></p> <p>« Art. L. 133-6. – Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>emportant assujettissement à ces cotisations et contributions, ainsi que, à leur demande, une simulation de calcul indicative de ces dernières ; cette information peut être réalisée sur supports papier et électronique, par voie téléphonique et par l'accueil des intéressés.</p> <p>« Les personnes exerçant une activité non salariée non agricole soumise aux cotisations de sécurité sociale mentionnées au premier alinéa de l'article L. 131-6 ainsi qu'aux articles L. 642-1 et L. 723-6 reçoivent un document indiquant le montant et les dates d'échéance de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale et contributions dont elles sont redevables l'année suivante au regard de leurs derniers revenus connus suivant des modalités fixées soit par une convention conclue à cet effet entre tout ou partie des organismes en charge du recouvrement desdites cotisations et contributions soit à défaut par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>« Lorsque les travailleurs indépendants sont redevables à l'égard d'un ou plusieurs organismes chargés du recouvrement d'une dette de cotisations ou contributions sociales dont</p>	<p>—</p> <p>... intéressés.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Lorsque ...</p> <p>... sociales visées</p>	<p>—</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Lorsque ...</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Code du travail LIVRE IER</p> <p style="text-align: center;">Conventions relatives au travail TITRE IER</p> <p style="text-align: center;">Contrat d'apprentissage CHAPITRE VIII</p> <p style="text-align: center;">Dispositions financières</p> <p>Art . L. 118-6. - Pour les employeurs inscrits au répertoire des métiers et, dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, au registre des entreprises créé par le décret n. 73-942 du 3 octobre 1973, ainsi que pour ceux occupant dix salariés au plus , non compris les apprentis, l'Etat prend en charge totalement, selon des taux fixés ou approuvés par arrêté ministériel, les cotisations sociales patronales et salariales d'origine légale et conventionnelle imposées par la loi dues au titre des salaires versés aux apprentis, dans les conditions prévues à l'article L. 118-5.</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>le montant et l'ancienneté sont fixés par décret, ces organismes mettent en œuvre un recouvrement amiable et contentieux <i>conjoint</i>, concerté et coordonné.</p> <p style="text-align: center;">« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »</p> <p style="text-align: center;">II. – A. - AU PREMIER ALINÉA DE L'ARTICLE L. 118-6 DU CODE DU TRAVAIL, LES MOTS : « AINSI QUE POUR CEUX OCCUPANT DIX SALARIÉS AU PLUS » SONT REMPLACÉS PAR LES MOTS : « AINSI QUE CEUX OCCUPANT DIX SALARIÉS AU PLUS AU 31 DÉCEMBRE PRÉCÉDANT LA DATE DE CONCLUSION DU CONTRAT, » ;</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>au premier alinéa dont ...</p> <p style="text-align: center;">... coordonné.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">... contentieux, concerté ...</p> <p style="text-align: center;">... coordonné.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">II. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale TITRE IV CHAPITRE II Section 1 Cotisations assises sur les rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés et assimilés Sous-section 1 Dispositions générales</p>	<p>B. - Après le premier alinéa de l'article L. 242-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Par dérogation au précédent alinéa, la part de cotisations incombant à chaque employeur peut être déterminée comme si le salarié occupait un emploi à temps partiel dans chacun des établissements employeurs. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 242-3. - Pour tout assuré qui travaille régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, la part des cotisations incombant à chacun des employeurs est déterminée au prorata des rémunérations qu'ils ont respectivement versées dans la limite des maxima fixés en application de l'article L. 241-3.</p>		<p>C (nouveau). - Après le premier alinéa de l'article L. 741-41 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Par dérogation au précédent alinéa, la part de cotisations incombant à</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>III. - Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 133-6 issues du I sont applicables à compter du 1er janvier 2002 ; celles des deuxième et troisième alinéas sont applicables aux cotisations de sécurité sociale et contributions dues au titre des années 2002 et suivantes et à celles recouvrées dans les mêmes conditions.</p>	<p>—</p> <p>chaque employeur peut être déterminée comme si le salarié occupait un emploi à temps partiel dans chacun des établissements employeurs.»</p> <p>III. - Les ...</p> <p>... L. 133-6 du code de la sécurité sociale issues ...</p> <p>... alinéas du même article sont applicables ...</p> <p>... conditions</p> <p>IV (<i>nouveau</i>). – La section 2 du chapitre V du titre II du livre VII du code rural est complété par un article L. 725-22 ainsi rédigé :</p> <p>« Art L. 725-22. – I. – Les employeurs occupant des salariés agricoles au sens de l'article L. 722-20, redevables, au titre d'une année civile, de cotisations et contributions sociales d'un montant supérieur à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture sont tenus de régler par virement ou, en accord avec leur caisse de mutualité sociale agricole, par tout autre moyen de paiement dématérialisé, les sommes dont ils sont redevables l'année suivante.</p> <p>« Le seuil visé à l'alinéa précédent ne peut</p>	<p>—</p> <p>III. – Non modifié</p> <p>IV. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">LIVRE IER TITRE III CHAPITRE VI Section 3 De la contribution sociale sur les produits de placement</p> <p>Art. L. 136-7. - I. - Les produits de placements sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 125 A du code général des impôts sont assujettis à une</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>être supérieur à 150 000 €</p> <p>« II. – Les entreprises autorisées à verser, pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements, les cotisations et contributions sociales dues pour leurs salariés à une caisse de mutualité sociale agricole autre que celle dans la circonscription de laquelle ces établissements sont situés, sont soumises à cette obligation.</p> <p>« III. – Le non-respect de l'obligation prévue au I entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Les modalités de remise de cette majoration sont fixées par un arrêté du ministre de l'agriculture.</p> <p>« IV. – Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations sociales agricoles sont applicables à la majoration prévue au III. »</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3° et 4° du II et sauf s'ils sont versés aux personnes visées au III du même article.</p> <p>.....</p> <p>Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement doit intervenir le 30 septembre pour sept neuvièmes de son montant et le 30 novembre au plus tard pour les deux neuvièmes restants.</p> <p>.....</p>	<p>—</p>	<p>Article 33 bis (nouveau)</p> <p>La dernière phrase du deuxième alinéa du IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :</p> <p>« Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement doit intervenir le 25 septembre pour sept neuvièmes de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les deux neuvièmes restants. Il est reversé dix jours après par l'Etat aux organismes affectataires. »</p>	<p>Article 33 bis</p> <p>Le deuxième ...</p> <p>... est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il est reversé dans un délai de cinq jours francs après ces dates par l'Etat aux organismes affectataires. »</p>
<p>LIVRE II</p> <p>Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.</p>		<p>Art. 33 ter (nouveau)</p>	<p>Art. 33 ter</p>
<p>Art. L. 200-2. —</p> <p>.....</p> <p>Les ressources du régime général sont collectées et centralisées par les organismes chargés du recouvrement</p> <p>Une union des caisses nationales peut se</p>		<p>I. — L'avant-dernier alinéa de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« L'Union des caisses nationales de</p>	<p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>voir confier par ces caisses les tâches qui leur sont communes.</p>		<p>sécurité sociale exerce pour le compte de ces caisses et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des tâches qui leur sont communes . »</p>	
<p>La gestion commune de trésorerie des différentes branches relevant des caisses nationales du régime général définie par l'article L 225-1 ne fait pas obstacle à l'obligation prévue au sixième alinéa.</p>		<p>II. – Après l'article L. 200-2 du même code, il est inséré un article L. 200-2-1 ainsi rédigé :</p>	
<p>LIVRE II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.</p>		<p>« <i>Art. L. 200-2-1.</i> – Les ressources nécessaires au financement de la gestion administrative de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont prélevées chaque année sur les encaissements du régime général de sécurité sociale, dans des conditions fixées par arrêté interministériel . »</p>	
<p>TITRE 1^{er} Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale.</p>		<p>III. – Dans le premier alinéa de l'article L. 216-3 du même code, les mots : « les organismes locaux et régionaux » sont remplacés par les mots : « les organismes locaux, régionaux et nationaux ».</p>	
<p>CHAPITRE VI Constitution et groupement des caisses.</p>			
<p>Section 2 Groupement des caisses.</p>			
<p>Art. L. 216-3. - Les organismes locaux et régionaux du régime général peuvent se grouper en unions ou fédérations</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>en vue de créer des oeuvres et des services communs ou d'assumer des missions communes.</p>		<p>IV. – L'article L. 224-5 du même code est ainsi rédigé :</p>	
<p>TITRE II Organismes nationaux. Chapitre IV Dispositions communes aux caisses nationales et à l'agence centrale.</p>		<p>« Art. L. 224-5. – L'union des caisses nationales de sécurité sociale, union nationale au sens de l'article L. 216-3, assure les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Elle négocie et conclut les conventions collectives nationales prévues aux articles L. 123-1 et L. 123-2.</p>	
<p>Art. L. 224-5. - Les caisses nationales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peuvent confier à l'union des caisses nationales prévue à l'article L 200-2 des tâches communes sur délégation de leur conseil respectif, notamment pour les opérations immobilières, la coordination de l'action sanitaire et sociale, les problèmes relatifs aux conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale et la signature des conventions collectives prévues aux articles L 123-1 et L 123-2.</p>		<p>« Elle évalue, coordonne et participe à la mise en œuvre des politiques de formation du personnel. Elle assure le suivi de la gestion prévisionnelle de l'emploi, des effectifs, de la masse salariale et des politiques de recrutement du régime général. Elle promeut la sécurité et la santé au travail.</p>	
<p>L'union est composée :</p> <ul style="list-style-type: none">- d'une part, des représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L 133-2 du code du travail, et en nombre égal des représentants d'employeurs désignés par des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;- et, d'autre part, du président et du vice-		<p>« Elle peut se voir confier par l'Etat, les</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>président des caisses nationales et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale qui ne peuvent appartenir au même collège.</p>	<p>—</p>	<p>—</p> <p>caisses nationales du régime général ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des missions sur les questions relatives aux conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale ou sur tout sujet de fonctionnement des organismes d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières. Elle peut également passer convention avec les caisses nationales des autres régimes de sécurité sociale pour la réalisation de travaux portant sur des sujets d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières.»</p> <p>V. – Après l'article L. 224-5 du même code, sont insérés les articles L. 224-5-1 à L. 224-5-5 ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. 224-5-1. – L'union est dotée d'un conseil d'orientation composé :</p> <p>«- d'une part, des représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail, et en nombre égal des représentants d'employeurs désignés par des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;</p> <p>«- d'autre part, du président et du vice-président des caisses nationales et de l'Agence</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	<p>centrale des organismes de sécurité sociale qui ne peuvent appartenir au même collège.</p> <p>« Les membres du conseil d'orientation sont désignés pour une durée de cinq ans.</p> <p>« Le conseil d'orientation élit en son sein son président.</p> <p>« Le directeur et le président du comité exécutif des directeurs prévu à l'article L. 224-5-2, assistent aux séances du conseil.</p> <p>« Le conseil d'orientation définit les orientations générales de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Dans le cadre de ces orientations générales, il arrête le programme de la négociation collective sur proposition du comité exécutif des directeurs.</p> <p>« Il donne son avis sur le rapport d'activité de l'union.</p> <p>« Il nomme le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint de l'union sur proposition du comité exécutif des directeurs.</p> <p>« Il approuve le budget annuel de gestion administrative sur proposition du comité exécutif des directeurs.</p> <p>« Il établit son règlement intérieur.</p> <p>« Il adopte et modifie les statuts de l'union sur proposition du comité exécutif des directeurs.</p> <p>« Sous réserve de</p>	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	<p data-bbox="821 414 1117 896">l'agrément ministériel, les accords collectifs nationaux deviennent exécutoires à l'expiration d'un délai d'un mois pendant lequel le conseil d'orientation peut s'y opposer à la majorité des trois quarts de ses membres désignés. A la même majorité, le comité peut demander l'évocation d'un sujet pendant la négociation d'un accord collectif national.</p> <p data-bbox="893 896 1117 929">« Art. L. 224-5-2. –</p> <p data-bbox="821 929 1117 1601">L'union est dotée d'un comité exécutif des directeurs composé des directeurs de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de quatre directeurs d'organismes régionaux ou locaux de sécurité sociale du régime général désignés dans des conditions fixées par décret.</p> <p data-bbox="821 1601 1117 1691">« Le comité exécutif peut s'adjoindre deux personnes qualifiées.</p> <p data-bbox="821 1691 1117 1915">« Le comité élit en son sein un président parmi les directeurs d'organismes. En cas de partage des voix, le président a voix prépondérante.</p> <p data-bbox="821 1915 1117 2004">« Le comité peut constituer en son sein des commissions.</p> <p data-bbox="893 2004 1117 2040">« Le directeur de</p>	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	<p data-bbox="821 414 1114 481">l'union assiste aux séances du comité.</p> <p data-bbox="821 481 1114 548">« Le comité a notamment pour rôle :</p> <p data-bbox="821 548 1114 772">« 1° D'élaborer le budget de gestion administrative et de prendre toute décision budgétaire à l'exception de celles prévues à l'article L. 224-5-1 ;</p> <p data-bbox="821 772 1114 929">« 2° De proposer au conseil d'orientation la nomination du directeur, du directeur adjoint et de l'agent comptable ;</p> <p data-bbox="821 929 1114 1153">« 3° D'élaborer après concertation avec les fédérations syndicales le programme de la négociation collective proposé au conseil d'orientation ;</p> <p data-bbox="821 1153 1114 1377">« 4° De donner mandat au directeur pour négocier et conclure les accords collectifs nationaux. Le directeur informe le comité de l'état de la négociation ;</p> <p data-bbox="821 1377 1114 2042">« 5° De mettre en place dans des conditions définies par négociation avec les fédérations signataires de la convention collective nationale une instance nationale de concertation réunissant les caisses nationales et ces fédérations consultées, au moins une fois par an, sur toutes les questions institutionnelles ayant un impact sur l'organisation du travail et l'emploi, notamment à l'occasion de l'élaboration des conventions d'objectifs et de gestion, des plans stratégiques de branche,</p>	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	<p>des projets nationaux et schémas directeurs informatiques.</p> <p>« Art. L. 224-5-3. – Par dérogation aux articles L. 123-1 et L. 123-2, les décisions et les accords de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale s'appliquent de plein droit dès lors qu'ils sont d'application automatique d'un accord collectif national.</p> <p>« Art. L. 224-5-4. – Sous réserve des dispositions des articles L. 224-5 à L. 224-5-3, l'Union des caisses nationales de sécurité sociale est régie par les dispositions du présent livre, et notamment les articles L. 224-3, L. 224-10 et L. 281-3.</p> <p>« Art. L. 224-6. – Les modalités spécifiques de tutelle et de fonctionnement de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont fixées, en tant que de besoin, par décret ».</p>	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>Article 34</p> <p>Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :</p> <p><u>En millions d'euros.</u></p> <p>- Régime général ...4 420</p> <p>- Régime des exploitants agricoles 2 210</p> <p>- Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales ...500</p> <p>- Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines..... 350</p> <p>- Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat 80</p> <p>Les autres régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, lorsqu'ils disposent d'une trésorerie autonome, ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes.</p>	<p>—</p> <p>Article 34</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>—</p> <p>Article 34</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>- Régime général ... 2.300</p> <p>- Régime des exploitants agricoles 1.500</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	—	—
	Section 2	Section 2	Section 2
	Branche accidents du travail	Branche accidents du travail	Branche accidents du travail
	Article 19	Article 19	Article 19
Loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001	I. - Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionnée au VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n°2000-1257 du 23 décembre 2000), est fixé comme suit :	Alinéa sans modification	Sans modification
	1° 2,875 milliards de francs au titre de l'année 2001 ;	Alinéa sans modification	
.....	2° 76,22 millions d'euros au titre de l'année 2002.	Alinéa sans modification	
Art. 53. -			
II. - Il est créé, sous le nom de « Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante », un établissement public national à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle des ministres chargés de la sécurité sociale et du	II. - Le II de l'article 53 de la même loi est	II - Alinéa sans modification	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
budget.	<p>complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« L'établissement emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition. Il emploie également des agents contractuels de droit public avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. L'établissement peut également faire appel à des agents contractuels de droit privé pour occuper des fonctions exigeant une qualification particulière dans le domaine de l'indemnisation des préjudices ou des maladies professionnelles. Les agents contractuels employés par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante sont tenus au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles qui sont définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. »</p>	« Il emploie indéterminée. Il peut ...
<p>Loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999</p>		... fonctionnaires. »	
Art. 41. - I - Une allocation de cessation anticipée d'activité est versée aux salariés et anciens salariés des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, des			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—————</p> <p>établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales, sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes</p> <p>.....</p>	<p>—————</p>	<p>—————</p>	<p>—————</p>
<p>Le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité est ouvert aux ouvriers dockers professionnels sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes :</p>		<p>Article 19 bis (nouveau)</p> <p>Dans le cinquième alinéa du I de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) , après les mots : « ouvriers dockers professionnels », sont insérés les mots : « et personnels portuaires assurant la manutention ».</p>	<p>Article 19 bis</p> <p>Sans modification</p>
<p>1° Travailler ou avoir travaillé, au cours d'une période déterminée, dans un port au cours d'une période pendant laquelle étaient manipulés des sacs d'amiante ; la liste de ces ports et, pour chaque port, de la période considérée est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale, des transports et du budget ;</p> <p>.....</p>		<p>Article 19 ter (nouveau)</p> <p>Dans le sixième alinéa du I de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), les mots : « étaient manipulés des sacs d'amiante » sont remplacés par les mots : « était manipulé de l'amiante ».</p>	<p>Article 19 ter</p> <p>Sans modification</p>
		<p>Article 19 quater (nouveau)</p>	<p>Article 19 quater</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité ne peut se cumuler ni avec l'un des revenus ou l'une des allocations mentionnées à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale ni avec un avantage de vieillesse ou d'invalidité ni avec une allocation de préretraite ou de cessation anticipée d'activité.</p> <p>.....</p>		<p>Le dernier alinéa du I de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>Sans modification</p>
		<p>« Le bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité ne peut se cumuler ni avec l'un des revenus ou l'une des allocations mentionnées à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale, ni avec un avantage personnel de vieillesse, ni avec un avantage d'invalidité, ni avec une allocation de préretraite ou de cessation anticipée d'activité, sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant.</p>	
		<p>« Une allocation différentielle peut être versée en complément d'un avantage de réversion ou d'un avantage personnel de vieillesse servi par un régime spécial visé au chapitre I^{er} du titre I^{er} du livre VII du code de la sécurité sociale, dans la limite de l'allocation calculée dans les conditions prévues au présent article. »</p>	
		<p>Article 19 <i>quinquies</i> (nouveau)</p>	<p>Article 19 <i>quinquies</i></p>
		<p>I. - Le III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi rédigé :</p>	<p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>III. - Il est institué un fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Ce fonds finance l'allocation créée au I. Ses ressources sont constituées d'une fraction égale à 0,39 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts et d'un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au titre des charges générales de la branche. Un arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget fixe annuellement le montant de cette contribution.</p> <p>Un conseil de surveillance veille au respect des présentes dispositions. Il examine les comptes et le rapport annuel d'activité. Il formule toutes observations relatives au fonctionnement du fonds et les porte à la connaissance des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget. Il est composé de représentants de l'Etat, des organisations siégeant à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles et de personnalités qualifiées.</p>		<p>« III. - Il est créé un fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, chargé de financer l'allocation visée au I. Ses ressources sont constituées d'une fraction égale à 0,39 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts et d'une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale, dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. »</p> <p>« Un conseil de surveillance, composé de représentants de l'Etat, de représentants de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale et de personnalités qualifiées, veille au respect des dispositions du présent article. Il examine les comptes du fonds et transmet au Parlement et au Gouvernement un rapport annuel retraçant l'activité du fonds et formulant toutes observations relatives à son fonctionnement. »</p> <p>II. - Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Art. 40. - III. - Les victimes ou leurs ayants droit peuvent demander le bénéfice des dispositions du II dans les deux ans qui suivent la publication de la présente loi.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 20</p> <p>I. - Le premier alinéa du III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est supprimé.</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>sociale au financement du fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, mentionnée au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée, est fixé à 200 millions d'euros pour l'année 2002. »</p> <p style="text-align: center;">Article 20</p> <p>I. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Article 20</p> <p>Sans modification</p>
<p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 431-2. - Les droits de la victime ou de ses ayants droit aux prestations et indemnités prévues par le présent livre se prescrivent par deux ans à dater : Toutefois, en cas d'accident susceptible d'entraîner la reconnaissance de la faute inexcusable de l'employeur, ou de ceux qu'il s'est substitués dans la direction, la prescription de deux ans opposable aux demandes d'indemnisation complémentaire visée aux articles L. 452-1 et suivants est interrompue par l'exercice de l'action pénale engagée pour les mêmes faits.</p>		<p style="text-align: center;"><i>I bis (nouveau).</i> - Le dernier alinéa de l'article L. 431-2 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ou de l'action en</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE IV</p> <p style="text-align: center;">Indemnisation de l'incapacité permanente SECTION 1 Victimes</p> <p>Art. L. 434-1- Une indemnité en capital est attribuée à la victime d'un accident du travail atteinte d'une incapacité permanente inférieure à un pourcentage déterminé.</p> <p>Son montant est fonction du taux d'incapacité de la victime et déterminé par un barème forfaitaire fixé par décret. Il est révisé lorsque le taux d'incapacité de la victime augmente tout en restant inférieur à un pourcentage déterminé.</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">TITRE 6</p> <p style="text-align: center;">LIVRE III</p> <p style="text-align: center;">Assurance décès CHAPITRE IER Dispositions générales</p> <p>Art. L. 361-3. - Le capital est versé aux ayants droit, sous déduction du montant de l'indemnité pour frais funéraires à laquelle peuvent prétendre les</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>II. - L'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale est complété par un quatrième alinéa ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« Les montants du barème sont revalorisés selon les modalités prévues à l'article L. 434-17. »</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ».</p> <p>II. - La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 434-1 du même code est complétée par les mots : « dont les montants sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L. 351-11 ».</p> <p style="text-align: center;"><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>III (nouveau). - L'article L. 361-3 du même code est abrogé.</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
intéressés en application de la législation sur les accidents du travail.			
LIVRE IV			
TITRE IER			
Généralités- Dispositions propres à certains bénéficiaires			
CHAPITRE IER			
Définitions : accident du travail et accident du trajet			
Art. L. 411-2. - Est également considéré comme accident du travail, lorsque la victime ou ses ayants droit apportent la preuve que l'ensemble des conditions ci-après sont remplies ou lorsque l'enquête permet à la caisse de disposer sur ce point de présomptions suffisantes, l'accident survenu à un travailleur mentionné par le présent livre, pendant le trajet d'aller et de retour, entre :		Article 20 <i>bis</i> (nouveau)	Article 20 <i>bis</i>
		L'article L. 411-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :	Sans modification
		« 3° Le lieu du travail chez un employeur et le lieu du travail chez un autre employeur, ces deux employeurs faisant partie d'un groupement mentionné à l'article L. 127-1 du code du travail. »	
Art. L. 434-2. - Le taux de l'incapacité permanente est déterminé d'après la nature de l'infirmité, l'état général, l'âge, les facultés physiques et mentales de la victime ainsi que			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>d'après ses aptitudes et sa qualification professionnelle, compte tenu d'un barème indicatif d'invalidité.</p> <p>.....</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p>
<p>Dans le cas où l'incapacité permanente est totale et oblige la victime, pour effectuer les actes ordinaires de la vie, à avoir recours à l'assistance d'une tierce personne, le montant de la rente est majoré. En aucun cas, cette majoration ne peut être inférieure à un montant minimum affecté des coefficients de revalorisation fixés dans les conditions prévues à l'article L. 341-6.</p>		<p>Article 20 <i>ter</i> (nouveau)</p> <p>Dans la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, le mot : « totale » est remplacé par les mots : « égale ou supérieure à un taux minimum ».</p>	<p>Article 20 <i>ter</i></p> <p>Sans modification</p>
<p>Section 2</p> <p>Ayants droit</p> <p>Art. L. 434-8. - Sous réserve des dispositions des alinéas suivants, le conjoint survivant a droit à une rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime, à la condition que le mariage ait été contracté antérieurement à l'accident ou, à défaut, qu'il ait eu, à la date du décès, une durée déterminée. Toutefois, ces conditions ne sont pas exigées si un ou plusieurs enfants sont issus du mariage.</p>		<p>Article 20 <i>quater</i> (nouveau)</p> <p>Le premier alinéa de l'article L. 434-8 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Sous réserve des dispositions des alinéas suivants, le conjoint ou le concubin ou la personne liée par un pacte civil de solidarité a droit à une rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime à condition que le mariage ait été contracté, le pacte civil de solidarité conclu ou la situation de concubinage établie antérieurement à l'accident ou, à défaut, qu'ils l'aient été depuis une durée déterminée à la date du décès. Toutefois,</p>	<p>Article 20 <i>quater</i></p> <p>Supprimé</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p>	<p>ces conditions ne sont pas exigées si les époux, les concubins ou les partenaires du pacte civil de solidarité ont eu un ou plusieurs enfants. »</p>	<p>—</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE IER TITRE VII CHAPITRE VI Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des maladies professionnelles</p>	<p>Article 21</p> <p>I. - Le chapitre VI du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est intitulé : « Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ».</p>	<p>Article 21</p> <p>I. - Non modifié</p>	<p>Article 21</p> <p>Sans modification</p>
<p>Art. L. 176-1. - Il est institué à la charge de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, au profit de la branche maladie, maternité, invalidité, décès du régime général, un versement annuel pour tenir compte des dépenses supportées par cette dernière branche au titre des affections non prises en charge en application du livre IV.</p>	<p>II. - Au premier alinéa de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « affections non prises en charge » sont remplacés par les mots : « accidents et affections non pris en charge en application du livre IV ».</p>	<p>II. - Au du même code, les mots charge ».</p>	
<p>Loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997</p>	<p>III - Au II de l'article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997, les</p>	<p>III. - A. - Après l'article L. 176-1 du même code, il est inséré un article L. 176-2 ainsi rédigé :</p>	
<p>Art. 30. - II - Un décret pris après avis d'une commission présidée par un magistrat à la Cour des</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>comptes et concertation avec la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L 221-4 du code de la sécurité sociale fixe les modalités de calcul du versement prévu au I..</p>	<p>mots : « au I » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale ».</p>	<p>« Art. L. 176-2. - Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.</p>	
<p>Pour 1997 et à titre provisionnel, le versement prévu au I est fixé à 1 milliard de francs.</p>		<p>« Une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes remet tous les trois ans, au Parlement et au Gouvernement, un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement et au Gouvernement »</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE IER</p> <p>TITRE VII</p> <p>CHAPITRE VI</p> <p>Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes</p> <p>CHAPITRE 6</p>		<p>B. - Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du même code est fixé, pour l'année 2002, à 299,62 millions d'euros.</p>	
<p>Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des maladies professionnelles</p>		<p>IV. - A. - La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 176-1 du même code est supprimée.</p>	
<p>Art. L. 176-1. -</p>			
<p>Le montant de ce versement est pris en compte dans la détermination des éléments de calcul de la cotisation due au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles. Il est revalorisé dans les</p>	<p>IV. - Pour 2002 et à titre provisionnel, la part de ce versement relative aux accidents non pris en compte en application du livre IV du code de la sécurité sociale est fixée à 152,45 millions d'euros.</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>conditions fixées à l'article L. 434-17.</p>			
<p>..... Loi n° 96-1160 de financement de la sécurité sociale pour 1997 Art. 30 </p>			
<p>II. - Un décret pris après avis d'une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes et concertation avec la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 du code de la sécurité sociale fixe les modalités de calcul du versement prévu au I. Pour 1997 et à titre provisionnel, le versement prévu au I est fixé à 1 milliard de francs.</p>		<p>B. - Le II de l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 (n°96-1160 du 27 décembre 1996) est abrogé.</p>	
	<p>Section 3 Branche famille</p>	<p>Section 3 (1) BRANCHE FAMILLE</p>	<p>Section 3 (2) BRANCHE FAMILLE</p>
	<p>Article 22 I. - Il est créé, au chapitre II du titre II du livre I^{er} du code du travail, un article L. 122-25-4 ainsi rédigé : « Art. L. 122-25-4. - Après la naissance de son enfant et dans un délai fixé par décret, le père salarié bénéficie d'un congé de paternité de onze jours consécutifs entraînant la suspension de son contrat de travail. Le salarié qui souhaite bénéficier du</p>	<p>Article 22 I. - ALINÉA SANS MODIFICATION N « Art. L. 122-25-4. - Après consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs en cas</p>	<p>Article 22 Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Code du travail</p>	<p>congé de paternité doit avertir son employeur au moins un mois avant la date à laquelle il entend prendre son congé, en précisant la date à laquelle il entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail. »</p>	<p>de naissances multiples entraînant ...</p>	
<p>Section 5 Protection de la maternité et éducation des enfants</p>		<p>... travail. »</p>	
<p>Art. L. 122-26. - La salariée a le droit de suspendre le contrat de travail pendant une période qui commence six semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix semaines après la date de celui-ci. Lorsque des naissances multiples sont prévues, cette période commence douze semaines avant la date présumée de l'accouchement, vingt-quatre semaines en cas de naissance de plus de deux enfants et se termine vingt-deux semaines après la date de l'accouchement. En cas de naissance de deux enfants, la période antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de quatre semaines ; la période de vingt-deux semaines postérieure à l'accouchement est alors réduite d'autant. Cette</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>-----</p> <p>période commence huit semaines avant la date présumée de l'accouchement et se termine dix-huit semaines après le date de celui-ci lorsque, avant l'accouchement, la salariée elle-même ou le ménage assume déjà la charge de deux enfants au moins dans les conditions prévues aux articles L. 525 à L. 529 du code de la sécurité sociale ou lorsque la salariée a déjà mis au monde au moins deux enfants nés viables . La période de huit semaines de suspension du contrat de travail antérieure à la date présumée de l'accouchement peut être augmentée d'une durée maximale de deux semaines ; la période de dix-huit semaines de suspension du contrat de travail postérieure à la date de l'accouchement est alors réduite d'autant.</p> <p>.....</p>	<p>-----</p>	<p>-----</p>	<p>-----</p>

Texte en vigueur

—

Texte du projet de loi

—

Texte adopté par l'Assemblée nationale

—

Propositions de la Commission

—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>La salariée, à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou un organisme autorisé pour l'adoption confie un enfant en vue de son adoption, a le droit de suspendre le contrat de travail pendant une période de dix semaines au plus à dater de l'arrivée de l'enfant au foyer, vingt-deux semaines en cas d'adoptions multiples. Cette période est portée à dix-huit semaines si l'adoption a pour effet de porter à trois ou plus le nombre d'enfants dont la salariée ou le ménage assume la charge dans les conditions prévues aux</p>	<p>—</p> <p>II. - L'ARTICLE L. 122-26 DU MÊME CODE EST AINSI MODIFIÉ :</p> <p>1° LE CINQUIÈME ALINÉA EST AINSI RÉDIGÉ :</p> <p>« Tout salarié à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou un organisme autorisé pour l'adoption confie un enfant en vue de son adoption a le droit de suspendre le contrat de travail pendant une période de dix semaines au plus à dater de l'arrivée de l'enfant au foyer, vingt-deux semaines en cas d'adoptions multiples. Cette période est fixée à dix-huit semaines si l'adoption a pour effet de porter à trois ou plus le nombre d'enfants dont le salarié ou le ménage assume la charge dans les conditions prévues aux</p>	<p>—</p> <p>II. - ALINÉA SANS MODIFICATIO N</p> <p>1° ALINÉA SANS MODIFICATIO N</p> <p>« Tout ...</p> <p>... au plus à dater soit de l'arrivée de l'enfant au foyer soit du début de la semaine précédant la date prévue de l'arrivée du ou des enfants adoptés au foyer, vingt-deux ...</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>articles L. 525 à L. 529 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>articles L. 512-3 et suivants et L. 521-1 du code de la sécurité sociale. Les parents salariés bénéficient alors de la protection instituée à l'article L. 122-25-2. L'adoption d'un enfant par un couple de parents salariés ouvre droit à onze jours supplémentaires de congé d'adoption à la condition que la durée de celui-ci soit répartie entre les deux parents. En ce cas, la durée du congé ne peut être fractionnée en plus de deux périodes, dont la plus courte ne saurait être inférieure à onze jours. Ces deux périodes peuvent être simultanées. » ;</p>	<p>... L. 122-25-2 du présent code. L'adoption ...</p>	
<p>La femme devra avertir l'employeur du motif de son absence et de la date à laquelle elle entend remettre en vigueur son contrat de travail.</p>	<p>2° Le septième alinéa est ainsi rédigé : « Le père ou la mère avertit l'employeur du motif de son absence et de la date à laquelle il ou elle entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail. »</p>	<p>... supplémentaires ou, en cas d'adoptions multiples, à dix-huit jours supplémentaires de congé d'adoption ...</p> <p>... simultanées » ;</p> <p>2° Alinéa sans modification Alinéa sans modification</p>	
<p>LIVRE II</p> <p>Réglementation du travail</p> <p>TITRE II</p> <p>Repos et congés</p> <p>CHAPITRE VI</p> <p>Congés pour événements familiaux</p>	<p>III. - Au troisième</p>	<p>III. - Non</p>	
<p>Art. L. 226-1. -</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>.....</p> <p>Trois jours pour chaque naissance survenue à son foyer ou pour l'arrivée d'un enfant placé en vue de son adoption ; ces jours d'absence ne peuvent se cumuler avec les congés accordés pour ce même enfant en vertu des articles L. 122-26 et L. 122-26-1.</p>	<p>alinéa de l'article L. 226-1 du même code, les mots : « en vertu des articles L. 122-26 et L. 122-26-1 » sont remplacés par les mots : « dans le cadre du congé de maternité prévu au premier alinéa de l'article L. 122-26 ».</p>	modifié	
<p>Loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat Art . 34. -</p> <p>.....</p>	<p>IV. - Le 5° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	IV. – Non modifié	
<p>5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p>	<p>« Au congé de paternité en cas de naissance ou d'adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ; ».</p>		
<p>Loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale Art. 57. -</p> <p>.....</p>	<p>V. - Le 5° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	V. – Non modifié	
<p>5° Au congé pour maternité, ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p>	<p>« Au congé de paternité en cas de naissance ou d'adoption, avec</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière</p> <p>Art. 41. -</p> <p>.....</p> <p>5° Au congé pour maternité ou pour adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p>	<p>traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ; ».</p> <p>(3) VI. - LE 5° DE L'ARTICLE 41 DE LA LOI N° 86-33 DU 9 JANVIER 1986 PORTANT DISPOSITIONS STATUTAIRES RELATIVES À LA FONCTION PUBLIQUE HOSPITALIÈRE EST COMPLÉTÉ PAR UN ALINÉA AINSI RÉDIGÉ :</p> <p>« Au congé de paternité en cas de naissance ou d'adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ; ».</p>	<p>(4) VI. - NON MODIFIÉ</p>	<p>(5)</p>
<p>Loi n° 72-662 du 13 juillet 1972 portant statut général des militaires</p> <p>Art. 53. -</p> <p>.....</p> <p>2° Des congés pour maternité ou pour adoption, avec solde, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ;</p>	<p>VII. - LE 2° DE L'ARTICLE 53 DE LA LOI N° 72-662 DU 13 JUILLET 1972 PORTANT STATUT GÉNÉRAL DES MILITAIRES EST COMPLÉTÉ PAR UN ALINÉA AINSI</p>	<p>VII. - Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L.111-1. - L'organisation de la sécurité sociale est fondée sur le principe de solidarité nationale.</p> <p>Elle garantit les travailleurs et leur famille contre les risques de toute nature susceptibles de réduire ou de supprimer leur capacité de gain. Elle couvre également les charges de maternité et les charges de famille.</p> <p>Elle assure, pour toute autre personne et pour les membres de sa famille résidant sur le territoire français, la couverture des charges de maladie et de maternité ainsi que des charges de famille.</p> <p>.....</p> <p style="text-align: center;">TITRE III</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE VI</p> <p style="text-align: center;">Section 1</p> <p style="text-align: center;">De la contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>RÉDIGÉ:</p> <p>« Des congés pour paternité en cas de naissance ou d'adoption, avec solde, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale ; ».</p> <p>VIII. - L'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au deuxième alinéa, après les mots : « de maternité », sont insérés les mots : « de paternité » ;</p> <p>2° Au troisième alinéa, les mots : « et de maternité » sont remplacés par les mots : « , de maternité et de paternité ».</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">VIII. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>de remplacement</p> <p>Art. L. 136-2. - 7° Les indemnités journalières ou allocations versées par les organismes de sécurité sociale ou, pour leur compte, par les employeurs à l'occasion de la maladie, de la maternité, des accidents du travail et des maladies professionnelles, à l'exception des rentes viagères et indemnités en capital servies aux victimes d'accident du travail ou de maladie professionnelle ou à leurs ayants droit.</p> <p>LIVRE III</p> <p>Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>Généralités</p> <p>CHAPITRE I^{ER}</p> <p>Champ d'application des assurances sociales</p> <p>Art. L. 311-1. - Les assurances sociales du régime général couvrent les risques ou charges de maladie, d'invalidité, de vieillesse, de décès, de veuvage, ainsi que de maternité, dans les conditions fixées par les articles suivants.</p>	<p>—</p> <p>IX. - Au 7° du II de l'article L. 136-2 du même code, les mots : « de la maternité » sont remplacés par les mots : « de la maternité ou de la paternité ».</p>	<p>IX. – Non modifié</p>	<p>—</p>
	<p>X. - A l'article L. 311-1 du même code, les mots : « ainsi que de maternité » sont remplacés par les mots : « de maternité, ainsi que de paternité ».</p>	<p>X. – Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">TITRE III</p> <p style="text-align: center;">Assurance maternité CHAPITRE I^{ER}</p> <p>Dispositions propres à l'assurance maternité</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>XI. – Au titre III du livre III du même code, il est inséré avant le chapitre premier un article L. 330-1 ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;"><i>« Art. L. 330-1. - L'assurance maternité a pour objet :</i></p> <p style="text-align: center;"><i>« 1° La couverture des frais visés à l'article L. 331-2 ;</i></p> <p style="text-align: center;"><i>« 2° L'octroi d'indemnités journalières dans les conditions visées aux articles L. 331-3 à L. 331-7 et L. 333-1 à L. 333-3. » ;</i></p> <p style="text-align: center;"><i>« 3° L'octroi des indemnités journalières visées à l'article L. 331-8 pour le compte de la Caisse Nationale des allocations familiales et contre remboursement dans les conditions prévues à l'article L. 223-1. »</i></p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>XI. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p>
	<p style="text-align: center;">(6) XII. - LE TITRE III DU LIVRE III DU MÊME CODE EST AINSI MODIFIÉ :</p> <p><i>a) L'intitulé du titre III est ainsi rédigé : « Assurance maternité et congé paternité » ;</i></p> <p><i>b) Le titre du chapitre I^{er} est ainsi rédigé : « Dispositions propres à l'assurance</i></p>	<p style="text-align: center;">(7) XII. – ALINÉA SANS MODIFICATION</p> <p>1° L'intitulé ...</p> <p>... paternité » ;</p> <p>2° Le titre ...</p>	<p style="text-align: center;">(8)</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>_____</p>	<p>_____</p> <p>maternité et au congé paternité » ;</p> <p>C) IL EST INSÉRÉ, AU CHAPITRE I^{ER}, UNE SECTION 4 AINSI RÉDIGÉE :</p> <p style="padding-left: 40px;">« Section 4</p> <p style="padding-left: 40px;">« Dispositions relatives à l'indemnisation du congé de paternité</p> <p style="padding-left: 40px;">« Art. L. 331-8. - Après la naissance de son enfant et dans un délai fixé par décret, le père assuré reçoit pendant une durée maximale de onze jours consécutifs et dans les mêmes conditions d'ouverture de droit, de liquidation et de service, l'indemnité journalière visée à l'article L. 331-3, sous réserve de cesser toute activité salariée ou assimilée.</p> <p style="padding-left: 40px;">« L'indemnité journalière n'est pas cumulable avec l'indemnisation des congés maladie et d'accident du travail, ni avec l'indemnisation par</p>	<p>_____</p> <p>... congé de paternité » ;</p> <p>3° Le chapitre 1^{er} est complété par une section 4 ainsi rédigée :</p> <p style="padding-left: 40px;">Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">Alinéa sans modification</p> <p>« En cas de naissances multiples, la durée maximale fixée au précédent alinéa est égale à dix-huit jour consécutifs.</p> <p style="padding-left: 40px;">Alinéa sans modification</p>	<p>_____</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Section 3 Prestations en espèces</p> <p>Art. L. 331-7. - L'indemnité journalière de repos est accordée à la femme assurée à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou un organisme autorisé pour l'adoption confie un enfant en vue de son adoption. Cette indemnité est également accordée à la personne assurée titulaire de l'agrément mentionné aux articles 63 ou 100-3 du code de la famille et de l'aide sociale lorsqu'elle adopte ou accueille un enfant en vue de son adoption par décision de l'autorité étrangère compétente, à condition que l'enfant ait été autorisé, à ce titre, à entrer sur le territoire français. Elle est due à la condition que l'intéressée cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation, pendant dix semaines au plus, à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer, vingt-deux semaines au plus en cas d'adoptions multiples.</p> <p>.....</p> <p>La période d'indemnisation prévue au présent article peut faire l'objet d'une répartition entre la mère et le père adoptifs lorsque l'un et</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>l'assurance chômage ou le régime de solidarité. « Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »</p> <p style="text-align: center;">XIII. - La dernière phrase de l'article L. 331-7 du même code est ainsi rédigée :</p> <p style="text-align: center;">« Dans ce cas, la période d'indemnisation est augmentée de onze jours et ne peut être fractionnée en plus de deux parties, dont la plus</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">XIII. – ALINÉA SANS MODIFICATION</p> <p style="text-align: center;">« Dans ...</p> <p style="text-align: center;">... jours ou de dix-huit jours en cas d'adoption multiples et ne</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>l'autre ont vocation à bénéficier de l'indemnité journalière de repos. La période d'indemnisation ne pourra pas être fractionnée en plus de deux parties, dont la plus courte ne pourra être inférieure à quatre semaines.</p>	<p>courte est au moins égale à onze jours.»</p>	<p>peut jours.»</p>	
<p>Art. L. 532-4. - L'allocation parentale d'éducation à taux plein n'est pas cumulable pour le bénéficiaire avec :</p>	<p>XIV. - Les articles L. 532-4 et L. 544-8 du même code sont ainsi modifiés :</p>	<p>XIV. – Alinéa sans modification</p>	
<p>1° L'indemnisation des congés de maternité ou d'adoption ;</p>	<p>1° Au deuxième alinéa, les mots : « de maternité » sont remplacés par les mots : « de maternité, de paternité » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>2° L'allocation de remplacement pour maternité, prévue aux articles L. 615-19 et L. 722-8 du présent code et à l'article 1106-3-1 du code rural ;</p>	<p>2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé : « 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévue aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines ; ».</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 544-8. - L'allocation de présence parentale n'est pas cumulable avec :</p>		<p>Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>1° L'indemnisation des congés de maternité ou d'adoption ;</p> <p>2° L'allocation forfaitaire de repos maternel prévue aux articles L. 615-19 et L. 722-8 du présent code ou l'allocation de remplacement pour maternité prévue à l'article L. 732-10 du code rural ;</p> <p>.....</p> <p>LIVRE VI</p> <p>Régimes des travailleurs non salariés</p>	<p>—</p> <p>XV. - A. - La sous-section 2 de la section 3 du chapitre IV du titre I^{er} du livre VI du même code est complétée par un article L. 615-19-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L 615-19-2. - Les pères qui relèvent à titre personnel du régime institué au présent titre bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, de l'indemnité journalière forfaitaire mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 615-19.</p> <p>« Les pères conjoints collaborateurs</p>	<p>XV. - NON MODIFIÉ</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>LIVRE VII</p> <p>Régimes divers – Dispositions diverses TITRE II</p> <p>Régimes divers de non-salariés et assimilés CHAPITRE II</p> <p>Régime des praticiens et auxiliaires médicaux conventionnés (maladie, maternité, décès) Section 3</p> <p>Prestations</p>	<p>—</p> <p>remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 615-19-1 bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, de l'indemnité complémentaire visée au troisième alinéa dudit article.</p> <p>« Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée d'attribution des prestations. »</p>		<p>—</p>
	<p>B. - A la section 3 du chapitre II du titre II du livre VII du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 722-8-3 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 722-8-3.</i> - Les pères relevant à titre</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	<p>personnel du régime institué au présent chapitre bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, de l'indemnité journalière forfaitaire mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 722-8.</p> <p>« Les pères conjoints collaborateurs remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa des articles L. 722-8-1 et L. 722-8-2 bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, de l'indemnité complémentaire visée au troisième alinéa desdits articles.</p> <p>« Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée d'attribution des prestations. »</p>	—	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>Régimes spéciaux CHAPITRE I^{ER}</p> <p>Dispositions générales SECTION 2</p> <p>Prestations</p> <p>Art. L. 711-8. - Les durées d'indemnisation fixées par les articles L. 331-3, L. 331-4, L. 331-5 et L. 331-7 s'appliquent, sauf dispositions plus favorables, aux assurées qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1.</p> <p>CHAPITRE III</p> <p>Régime des militaires SECTION 1</p> <p>Dispositions générales</p> <p>Art. L. 713-4. - Les 10°, 11° et 12° de l'article L. 322-3 s'appliquent, sauf dispositions plus favorables, aux personnes qui relèvent du régime institué par le présent chapitre.</p>	<p>—</p> <p>XVI. - A. - Aux articles L. 711-8 et L. 713-14 du même code, les références : « L. 331-5 et L. 331-7 » sont remplacées par les références : « L. 331-5, L. 331-7 et L. 331-8 » et le mot « assurées » est remplacé par le mot : « assurés ».</p>	<p>—</p> <p>XVI. - Non modifié</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">CHAPITRE II</p> <p style="text-align: center;">Régime des fonctionnaires de l'Etat et des magistrats</p> <p style="text-align: center;">SECTION 2</p> <p style="text-align: center;">Prestations</p> <p>Art. L. 712-3. - Les indemnités, allocations et pensions attribuées aux fonctionnaires en cas d'arrêt de travail résultant de maladie, maternité et invalidité et les allocations attribuées aux ayants droit de fonctionnaires décédés, sont déterminées sans préjudice de l'application de la législation générale sur les pensions. Elles sont liquidées et payées par les administrations ou établissements auxquels appartiennent les intéressés .</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>B. - A l'article L. 712-3 du même code, les mots : « maternité et » sont remplacés par les mots : « maternité, paternité et ».</p> <p>XVII. - Après l'article L. 732-12 du code rural, il est inséré un article L. 732-12-1 ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 732-12-1. -</p> <p>Les pères appartenant aux catégories mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">XVII. – NON MODIFIÉ</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines</p> <p>Art. 17. - La conjointe partici pante du régime de pension défini au I de l'article 16 bénéficie de la couverture partielle des frais exposés pour assurer son remplacement dans les travaux de l'entreprise lorsqu'elle est empêchée d'accomplir ces travaux en raison de la maternité ou de l'arrivée à son foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat détermine les conditions d'application des dispositions de l'alinéa précédent et, en particulier, la ou les périodes de remplacement ouvrant droit au bénéfice de l'avantage ci-dessus ainsi que la durée maximale d'attribution dudit avantage. En cas d'adoption, la ou les périodes de remplacement se situent nécessairement après l'arrivée de l'enfant au foyer, la durée</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>leurs travaux, d'une allocation de remplacement.</p> <p>« Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée maximale d'attribution de la prestation. »</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>maximale d'attribution de la prestation étant égale à la moitié de celle qui est prévue en cas de maternité.</p>	<p>XVIII. - L'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>XVIII. – NON MODIFIÉ</p>	
<p>Cette prestation, à la charge du régime spécial de sécurité sociale des marins, est financée par la cotisation visée au quatrième alinéa du I de l'article 16.</p>	<p>« Le père participant du régime de pension défini au I de l'article 16 bénéficie, sur sa demande, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, de la couverture partielle des frais exposés pour assurer son remplacement dans les travaux de l'entreprise qu'il effectue habituellement. Le montant de cette couverture est identique à celui alloué à la conjointe participante visée au premier alinéa du présent article. Un décret en Conseil d'Etat détermine le montant et la durée d'attribution dudit avantage. »</p>		
<p>Code des pensions de retraite des marins TITRE III Versements au profit de la caisse de retraites</p>	<p>XIX. - Au III de l'article L. 41 du code des pensions de retraite des</p>	<p>XIX. – NON MODIFIÉ</p>	
<p>Art. L. 41. - III. - Les périodes</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>de perception d'une indemnité journalière sur la Caisse générale de prévoyance des marins français en cas d'accident, de maladie résultant d'un risque professionnel, d'accident non professionnel, de maladie ou de maternité donnent lieu, de la part des bénéficiaires, au versement de la cotisation personnelle assise sur le montant de cette indemnité.</p>	<p>marins français du commerce, de pêche ou de plaisance, après le mot : « maternité », sont insérés les mots : « ou de congé de paternité prévu par l'article L. 122-25-4 du code du travail ».</p>	MODIFIÉ	
<p>Ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales</p>	<p>XX. - Au seizième alinéa de l'article 9 et à l'article 9-1 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, la référence : « à L. 331-7 » est remplacée par la référence : « à L. 331-8 ».</p>	<p>XX. – Non modifié</p>	
<p>Art. 9. - L'assurance maladie et maternité est régie par les dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :</p>			
<p>..... - L 331-1 à L 331-7 ;</p>			
<p>Art. 9-1. - Les dispositions citées à l'article 9 sont également applicables aux personnes non salariées relevant de la caisse de prévoyance sociale, à l'exception de celles relatives aux articles L 321-1 (5°), L 323-1 à L 323-5, L 331-3 à L 331-7 et L 371-3 (deuxième alinéa) du code</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>de la sécurité sociale. Toutefois, à titre transitoire, ces personnes continuent de bénéficier des prestations en espèces d'assurance maladie et maternité qui leur sont servies par la caisse de prévoyance sociale.</p>		<p>XXI (<i>nouveau</i>). - Les dispositions du présent article sont applicables aux enfants nés ou adoptés à partir du 1^{er} janvier 2002 et aux enfants nés avant cette date alors que leur naissance présumée était postérieure au 31 décembre 2001.</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>Article 23</p>	<p>Article 23</p>	<p>Article 23</p>
<p>Art. L. 223-1. - 5°) De verser au Fonds de solidarité vieillesse créé à l'article L. 135-1 un montant égal aux dépenses prises en charge par ce fonds au titre des majorations de pensions mentionnées au a du 3° et au 6° de l'article L. 135-2 ; ce versement fait l'objet d'acomptes.</p>	<p>I. - L'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est complété par trois alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
	<p>« 6° D'ASSURER LE REMBOURSEMENT DES INDEMNITÉS OU ALLOCATIONS VERSÉES DANS LES CONDITIONS FIXÉES PAR LES ARTICLES L. 331-8, L. 615-19-2 ET L. 722-8-</p>	<p>« 6° D'assurer du présent code, les rural et le dernier alinéa ...</p>	<p>2.</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>3 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, LES ARTICLES L. 732-12-1 ET L. 742-3 DU CODE RURAL ET LE CINQUIÈME ALINÉA DE L'ARTICLE 17 DE LA LOI N° 97-1051 DU 18 NOVEMBRE 1997 D'ORIENTATION SUR LA PÊCHE MARITIME ET LES CULTURES MARINES, AINSI QUE DES FRAIS DE GESTION AFFÉRENTS AU SERVICE DE CES INDEMNITÉS OU ALLOCATIONS DONT LE MONTANT EST FIXÉ PAR ARRÊTÉ MINISTÉRIEL ;</p> <p>« 7° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité aux ouvriers sous statut de l'Etat, aux</p>	<p>—</p> <p>... ministériel ;</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>_____</p> <p>Art. L. 241-2. - Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont également constituées par des cotisations assises sur :</p> <p>.....</p> <p>2° Une fraction</p>	<p>_____</p> <p>magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ;</p> <p>« 8° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la Société nationale des chemins de fer français, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret. »</p>	<p>_____</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>_____</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>fixée à 45 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la collectivité territoriale de Corse et du prélèvement perçu au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 <i>bis</i> du code général des impôts.</p>	<p>II. - L'ARTICLE L. 241-2 DU MÊME CODE EST COMPLÉTÉ PAR UN ALINÉA AINSI RÉDIGÉ :</p> <p>« 2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3. »</p>	<p>II. – Non modifié</p>	
<p>LIVRE VI</p> <p>Régimes des travailleurs non salariés</p> <p>TITRE I^{ER}</p> <p>Assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles</p> <p>CHAPITRE II</p> <p>Financement</p> <p>SECTION 1</p> <p>Généralités</p> <p>Art. L. 612-1. - Les charges entraînées par l'application du présent titre sont couvertes par :</p> <p>6°) une fraction du</p>	<p>III. - L'article</p>	<p>III. – Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1.</p>	<p>L. 612-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« 7° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application de l'article L. 615-19-2. »</p>	<p>IV. – Non modifié</p>	<p>Article 23 bis</p>
<p>Code rural</p> <p>Art. L. 732-13. - Les dépenses afférentes au service de l'allocation de remplacement sont financées par la cotisation prévue à l'article L. 731 35.</p>	<p>IV. - L'article L. 732-13 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Les dépenses afférentes au service des allocations de remplacement versées en application de l'article L. 732-12-1 font l'objet d'un remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales à l'Etat. »</p>	<p>Article 23 bis (nouveau)</p>	<p>Sans modification</p>
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 544-6. - L'allocation de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil suivant le début de la période de congé visée à l'article L. 122-28-9 du code du travail. En cas de</p>	<p>« L'allocation de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel est déposée la demande sous réserve que les conditions d'ouverture de droit soient réunis à cette date. »</p>	<p>Le premier alinéa de l'article L. 544-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>	<p>Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>changement de la durée d'activité restante, le montant de la prestation est modifié à compter du premier jour du mois civil suivant le changement.</p> <p>L'allocation cesse d'être due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit cessent d'être réunies.</p>	<p>—</p> <p>Article 24</p> <p>Le compte de réserves affectées au financement du fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance créé par l'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est abondé de 228,67 millions d'euros.</p> <p>Ce montant est prélevé sur l'excédent de l'exercice 2000 de la branche famille du régime général de la sécurité sociale.</p>	<p>—</p> <p>Article 24</p> <p>Sans modification</p>	<p>—</p> <p>Article 24</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Article additionnel après l'article 24</i></p> <p><i>Le chapitre III du titre II du livre II du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 223-4 ainsi rédigé :</i></p> <p><i>«Art. L. 223-4. - Chaque année, avant le 15 juillet, le conseil d'administration de la Caisse nationale</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	<p data-bbox="603 1216 715 1245">Article 25</p> <p data-bbox="512 1283 810 1563">La part prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des dépenses visées au 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est égale à une fraction fixée à 30 % pour l'année 2002.</p>	<p data-bbox="911 1216 1023 1245">Article 25</p> <p data-bbox="871 1283 1066 1312">Sans modification</p> <p data-bbox="834 1570 1098 1599">Article 25 bis (nouveau)</p> <p data-bbox="823 1637 1118 1787">Le chapitre III du titre IV du livre V du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 543-2 ainsi rétabli :</p> <p data-bbox="898 1794 1086 1823">« Art. L. 543-2. –</p> <p data-bbox="823 1827 1118 2040">Une allocation différentielle est due lorsque les ressources excèdent le plafond à l'article L. 543-1 d'un montant inférieur à une somme déterminée. Ses modalités de calcul</p>	<p data-bbox="1129 421 1425 607"><i>d'allocations familiales prend connaissance de la situation du compte de report à nouveau du fonds national des prestations familiales.</i></p> <p data-bbox="1129 611 1425 925"><i>«Il formule des propositions de mesures susceptibles d'être inscrites dans le prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale et qu'autorise la situation du compte mentionné à l'alinéa précédent.</i></p> <p data-bbox="1129 929 1425 1182"><i>«Cette délibération est transmise au Gouvernement et au Parlement avant le 1er septembre ou, si cette date est un jour férié, le premier jour ouvrable qui suit.»</i></p> <p data-bbox="1222 1216 1334 1245">Article 25</p> <p data-bbox="1222 1283 1334 1312">Supprimé</p> <p data-bbox="1193 1570 1342 1599">Article 25 bis</p> <p data-bbox="1182 1637 1377 1666">Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale LIVRE V Prestations familiales et prestations assimilées. TITRE IV Prestations à affectation spéciale. Chapitre 3 Allocation de rentrée scolaire.</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>sont définies par décret et Conseil d'Etat.»</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p><i>Article additionnel après l'article 25 bis</i></p>
<p>Art. L. 543-1. -Une allocation de rentrée scolaire est attribuée au ménage ou à la personne dont les ressources ne dépassent pas un plafond variable en fonction du nombre des enfants à charge, pour chaque enfant inscrit en exécution de l'obligation scolaire dans un établissement ou organisme d'enseignement public ou privé.</p>			<p><i>Le premier alinéa de l'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :</i></p>
<p>Elle est également attribuée, pour chaque enfant d'un âge inférieur à un âge déterminé, et dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L 512-3, qui poursuit des études ou qui est placé en apprentissage.</p> <p>.....</p>			<p><i>«Le montant de l'allocation est modulé en fonction du cycle d'étude de l'enfant y ouvrant droit.»</i></p>
	Section 4	Section 4	Section 4

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	—	—
Code du travail	Branche vieillesse	(1) BRANCHE VIEILLESSE	(2) BRANCHE VIEILLESSE
<p>Art. L. 351-10. - Les travailleurs privés d'emploi qui ont épuisé leurs droits à l'allocation d'assurance ou à l'allocation de fin de formation visée à l'article L 351-10-2 et qui satisfont à des conditions d'activité antérieure et de ressources ont droit à une allocation de solidarité spécifique.</p>		Article 26 A (<i>nouveau</i>)	3. Article 26 A
		<p>I. – Après le premier alinéa de l'article L. 351-10 du code du travail, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	Supprimé
		<p>« Les demandeurs d'emploi qui ont épuisé leurs droits à l'allocation d'assurance et qui justifient, avant l'âge de soixante ans, d'au moins 160 trimestres validés dans les régimes de base obligatoires d'assurance vieillesse ou de périodes reconnues équivalentes, ont également droit à une allocation de solidarité spécifique s'ils justifient à la date de la demande, de ressources mensuelles inférieures à un plafond correspondant à 85 fois le montant journalier de l'allocation pour une personne seule et 140 fois le même montant pour un couple. »</p>	
<p>Cette allocation est également attribuée aux bénéficiaires de l'allocation d'assurance âgés de cinquante ans au moins qui satisfont aux</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>conditions mentionnées à l'alinéa précédent et qui optent pour la perception de cette allocation. Dans ce cas, le service de l'allocation d'assurance est interrompu.</p> <p>Cette allocation est à la charge du fonds mentionné à l'article précédent.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les mesures d'application du présent article et notamment la durée de cette allocation. Le taux de cette allocation, qui est révisé une fois par an en fonction de l'évolution des prix, est fixé par décret.</p> <p>Art. L. 351-10-1. - Les bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique mentionnée au premier alinéa de l'article L 351-10 ou de l'allocation de revenu minimum d'insertion prévue à l'article 2 de la loi n° 88-1088 du 1er décembre 1988 relative au revenu minimum d'insertion peuvent bénéficier d'une allocation spécifique d'attente, à la charge du fonds mentionné à l'article L. 351-9, lorsqu'ils justifient, avant l'âge de soixante ans, d'au moins cent soixante trimestres validés dans les régimes de base obligatoires d'assurance vieillesse ou de périodes reconnues équivalentes. Le total des ressources des bénéficiaires de l'allocation spécifique d'attente ne pourra être</p>		<p>II. – La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 351-10-1 du même code est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :</p> <p>« Le montant de cette allocation spécifique d'attente est fixée à 2000 F (305 €). Le total des ressources du bénéficiaire de l'allocation spécifique d'attente ne pourra être inférieur à 5000 F (770 €). Les ressources prises en considération pour l'appréciation de ce montant ne comprennent pas les allocations d'assurance ou de solidarité, les rémunérations de stage ou les revenus d'activité du conjoint de l'intéressé, de son concubin ou de son partenaire, lié à lui par un pacte civil de solidarité, tels qu'ils doivent être</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
— inférieur à un montant fixé par décret.	—	— déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu. »	—
Code de la sécurité sociale LIVRE III			
Dispositions relatives aux assurances sociales et à diverses catégories de personnes rattachées au régime général TITRE V			
Assurance vieillesse Assurance veuvage CHAPITRE I ^{ER} Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite SECTION V			
Taux et montant de la pension	Article 26	Article 26	Article 26
	L'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « <i>Art. L. 351-11.</i> - Au titre de l'année 2002, le coefficient de revalorisation applicable au 1 ^{er} janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 2,2 %. »	<i>Sans modification</i>	<i>Sans modification</i>
LIVRE 1^{ER} TITRE VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins – contrôle médical – tutelle aux prestations sociales CHAPITRE I ^{ER}			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Dispositions relatives aux prestation SECTION 1 (1) GÉNÉRALITÉS</p> <p style="text-align: center;">Sous-section 4 Assurance vieillesse</p> <p>Art L. 161-19. - Toute période de mobilisation ou de captivité est, sans condition préalable, assimilée à une période d'assurance pour l'ouverture du droit et la liquidation des avantages vieillesse. (2)</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>Article 26 bis (nouveau)</p> <p style="text-align: center;">A l'article L. 161-19 du code de la sécurité sociale, les mots : « de mobilisation ou de captivité » sont remplacés par les mots : « de service national légal, de mobilisation ou de captivité ».</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>Article 26 bis</p> <p style="text-align: center;">Sans modification</p>
<p style="text-align: center;">LIVRE III TITRE V CHAPITRE I^{ER} Ouverture du droit, liquidation et calcul des pensions de retraite SECTION 2 Périodes d'assurance, périodes équivalentes et périodes assimilées</p>		<p style="text-align: center;">Article 26 ter (nouveau)</p> <p style="text-align: center;">L'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>	<p style="text-align: center;">Article 26 ter</p> <p style="text-align: center;">Sans modification</p>
<p>Art. L. 351-4. - Les femmes assurées ayant élevé un ou plusieurs enfants dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 342-4, bénéficient d'une majoration de leur durée d'assurance par enfant élevé dans lesdites conditions.</p>		<p style="text-align: center;">« Art. L. 351-4. - Les femmes assurées sociales ayant élevé un ou plusieurs enfants bénéficient d'une majoration de leur durée d'assurance par enfant élevé dans des conditions fixées par décret. »</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	—	—
		<p data-bbox="874 414 1061 481">Article 26 <i>quater</i> (nouveau)</p> <p data-bbox="821 504 1117 1064">Le gouvernement présentera au Parlement, au plus tard le 31 mai 2002, un rapport faisant état du nombre de personnes handicapées âgées de plus de soixante ans, de la nature et de l'état actuel des équipements susceptibles de les accueillir ainsi que des différents types d'établissements qui devraient être créés pour répondre au problème spécifique de leur hébergement.</p>	<p data-bbox="1181 414 1372 448">Article 26 <i>quater</i></p> <p data-bbox="1189 504 1388 537">Sans modification</p>
		<p data-bbox="853 1108 1077 1176">Article 26 <i>quinquies</i> (nouveau)</p> <p data-bbox="821 1209 1117 1512">Le Gouvernement présentera l'année prochaine un rapport sur la politique à mener en matière de pension de réversion, et notamment sur la règle du cumul droits personnels et pension de réversion.</p>	<p data-bbox="1157 1108 1388 1153">Article 26 <i>quinquies</i></p> <p data-bbox="1197 1209 1316 1243">Supprimé</p>
	<p data-bbox="598 1556 710 1590">Article 27</p> <p data-bbox="510 1624 805 1724">I. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p data-bbox="510 1724 805 1888">1° L'intitulé de la section 4 du chapitre I^{er} du titre VIII du livre III est ainsi rédigé :</p>	<p data-bbox="909 1556 1021 1590">Article 27</p> <p data-bbox="821 1624 1117 1691">Alinéa sans modification</p> <p data-bbox="821 1769 1021 1888">1° ALINÉA SANS MODIFICATION</p>	<p data-bbox="1212 1556 1332 1590">Article 27</p> <p data-bbox="1165 1624 1372 1657">Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">LIVRE III TITRE VIII CHAPITRE IER SECTION 4</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">« Section 4</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;"><i>Division et intitulé</i></p>	<p style="text-align: center;">—</p>
<p>Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses</p> <p>(assurance maladie et assurance maternité)</p>	<p>« Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses</p> <p>(assurance maladie, assurance maternité et assurance invalidité) » ;</p>	<p><i>sans modification</i></p>	
<p>Art. L. 381-17. - Les charges résultant des dispositions de la présente section sont couvertes :</p>	<p>2° L'article L. 381-17 est ainsi modifié :</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>	
<p>1° Par des cotisations personnelles assises sur une base forfaitaire et à la charge des assurés, la cotisation due par les titulaires d'une pension servie en application de l'article L. 721-1 étant réduite dans des conditions fixées par voie réglementaire. Les cotisations dues par les personnes visées à l'article L. 381-12 qui sont redevables des contributions mentionnées respectivement à l'article L. 136-1 et au I de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale sont réduites dans des conditions fixées par arrêté ;</p>	<p>a) La première phrase du 1° est ainsi rédigé : « Par des cotisations personnel-les assises sur une base forfaitaire et à la charge des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses. » ;</p>	<p>a) Alinéa sans modification</p>	
<p>2° Par une cotisation à base forfaitaire à la charge des associations, con-grégations ou collectivités</p>	<p>b) Au 2°, les mots : « assurés, la cotisation due pour les titulaires d'une pension servie en application de l'article</p>	<p>b) Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>religieuses dont relèvent les assurés, la cotisation due pour les titulaires d'une pension servie en application de l'article L. 721-1 étant réduite dans des conditions fixées par voie réglementaire ;</p> <p>3° En tant que de besoin, par une contribution du régime général.</p> <p>Les bases et les taux des cotisations mentionnées aux 1° et 2° sont fixés par arrêté.</p> <p>Le montant des cotisations peut être réparti dans les conditions fixées au second alinéa du II de l'article L. 721-3.</p>	<p>L. 721-1 étant réduite dans les conditions fixées par la voie réglementaire » sont remplacés par les mots : « les ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses » ;</p> <p><i>c) Le dernier alinéa est supprimé ;</i></p> <p>3° La section 4 du chapitre I^{er} du titre VIII du livre III est complétée par une sous-section 9 intitulée : « Assurance invalidité » et comprenant un article L. 381-18-1 ainsi rédigé : « <i>Art. L. 381-18-1.</i> - Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses mentionnés à l'article L. 381-12 ont droit à une pension d'invalidité lorsque leur état de santé les met dans l'incapacité totale ou partielle d'exercer, médicalement constatée et révisée selon une</p>	<p><i>c) L'avant-dernier alinéa est supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé (cf ci-dessus)</i></p> <p>3° Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	périodicité fixée par décret.	Alinéa sans modification	—
—	<p>« UN DÉCRET DÉTERMINE LES MODALITÉS DE CALCUL DU MONTANT DE LA PENSION.</p> <p>« La pension d'invalidité est remplacée, à l'âge fixé en application de l'article L. 721-5, par la pension vieillesse prévue à la section 2 du chapitre I^{er} du titre II du livre VII.</p> <p>« La pension d'invalidité est majorée d'un montant fixé par décret lorsque le titulaire se trouve dans l'obligation d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. » ;</p>	<p>« La ...</p> <p>... application de l'article L. 721-5, ...</p> <p>... livre VII.</p>	—
TITRE II		Alinéa sans modification	
Régimes divers de non-salariés et assimilés CHAPITRE I ^{ER}			
Régime des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses			
Art. L. 721-1. - Les ministres des cultes et les membres des congrégations et	4° A l'article L. 721-1, les mots : « les risques vieillesse et invalidité » sont remplacés	4° Alinéa sans modification	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>collectivités religieuses qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un autre régime de sécurité sociale sont garantis contre les risques vieillesse et invalidité dans les conditions fixées par les dispositions du présent chapitre.</p>	<p>par les mots : « le risque vieillesse » ;</p>		
<p>L'affiliation est prononcée par l'organisme de sécurité sociale mis en place par l'article L. 721-2, s'il y a lieu après consultation d'une commission consultative instituée auprès de l'autorité compétente de l'Etat, comprenant notamment des représentants de l'administration et des personnalités choisies en raison de leur compétence, compte tenu de la diversité des cultes concernés .</p>			
<p>Section 2</p>			
<p>Assurance vieillesse Sous-section 1</p>			
<p>Organisation de la caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes</p>			
<p>Art. L. 721-2. - Il est institué un organisme de sécurité sociale à compétence nationale qui prend la dénomination de "Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes". Cet organisme est constitué et fonctionne, sous réserve des dispositions du présent chapitre, conformément aux dispositions applicables aux organismes visés au chapitre Ier du titre Ier du</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>livre II. Il est chargé d'assurer le recouvrement des cotisations et le versement des prestations d'assurance maladie et maternité, d'assurance vieillesse et d'assurance invalidité. Il gère les cinq sections suivantes :</p>	<p>5° La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 721-2 est ainsi rédigée :</p>	<p>5° Alinéa sans modification</p>	
<p>Sous-section 3 Cotisations</p>	<p>« Il gère les quatre sections suivantes : assurance maladie, maternité et invalidité, assurance vieillesse, action sanitaire et sociale et gestion administrative. » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 721-3. - I. - Les charges résultant des dispositions de la présente section et de la section 4 sont couvertes par :</p>	<p>6° Au 1° de l'article L. 721-3, les mots : « ou sur la pension mentionnée à l'article L. 721-9 » sont supprimés ;</p>	<p>6° Alinéa sans modification</p>	
<p>..... Sous-section 4</p>			
<p>Pensions de vieillesse et de réversion</p>	<p>7° Le 3° de l'article L. 721-5 est ainsi rédigé :</p>	<p>7° Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 721-5. - Les personnes qui exercent ou qui ont exercé des activités mentionnées à l'article L. 721-1 reçoivent une pension de vieillesse dans les conditions et à un âge fixés par décret.</p>	<p>« 3° Des personnes atteintes d'une incapacité totale ou partielle d'exercer dans les conditions prévues à l'article L. 381-18-1. » ;</p>		
<p>..... 3°) des personnes atteintes d'une incapacité totale et définitive d'exercer, médicalement constatée.</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 721-5-1. - La pension servie aux assurés visés au 3° de l'article L. 721-5 est complétée, le cas échéant, par la majoration prévue à l'article L. 721-11-1 lorsque les titulaires remplissent soit au moment de la liquidation de leur droit, soit postérieurement mais avant un âge fixé par décret, les conditions d'octroi de la majoration.</p>	<p>8° A l'article L. 721-5-1, la référence : « à l'article L. 721-11-1 » est remplacée par la référence : « à l'article L. 381-18-1 » ;</p>	<p>8° Alinéa sans modification</p>	
<p>SECTION 3</p>	<p>9° La section 3 du chapitre I^{er} du titre II du livre VII est abrogée.</p>	<p>9° Alinéa sans modification</p>	
<p>Assurance invalidité <u>(Articles L. 721-9 à L. 721-14)</u></p>	<p>II. - UNE CONVENTION CONCLUE ENTRE L'AGENCE CENTRALE DES ORGANISMES DE SÉCURITÉ SOCIALE, LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS ET LA CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE, INVALIDITÉ ET MALADIE DES CULTES DÉTERMINE LES CONDITIONS DANS LESQUELLES LES RÉSERVES DU FONDS D'ASSURANCE</p>	<p>II. – Non modifié</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE 1^{er} Généralités. Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base. TITRE III Dispositions communes relatives au financement. Chapitre 4 Compensation. Section 1 Compensation généralisée. Art L. 134-1. –</p> <p>.....</p> <p>La compensation entre les régimes spéciaux d'assurance vieillesse de salariés porte sur l'ensemble des charges de l'assurance vieillesse et est calculée sur la base de la moyenne des prestations</p>	<p>INVALIDITÉ DE LA CAISSE D'ASSURANCE VIEILLESSE, INVALIDITÉ ET MALADIE DES CULTES SONT MISES À LA DISPOSITION DE LA CAISSE NATIONALE DE L'ASSURANCE MALADIE DES TRAVAILLEURS SALARIÉS.</p> <p>III. - Les dispositions du I s'appliquent du 1^{er} janvier 2002.</p>	<p>III. – Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p><i>Article additionnel après l'article 27</i></p> <p>I. - Les</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>moyenne des prestations servies par les régimes concernés.</p>	<p>—</p>	<p>—</p>	<p>—</p> <p><i>deuxième et troisième alinéas de l'article L. 134-1 du code de la sécurité sociale sont abrogés.</i></p>
<p>Toutefois, les sommes effectivement versées par les régimes en application du deuxième alinéa et au-delà des versements effectués en application du premier alinéa ne peuvent être supérieures, pour chacun d'entre eux et chaque exercice comptable, à 25 p 100 du total des prestations qu'ils servent.</p> <p>.....</p>	<p>I. - AU II DE L'ARTICLE L. 245-16 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE, LES POURCENTAGES : « 50 % » ET DE : « 30 % » SONT REMPLACÉS RESPECTIVEMENT PAR LES</p>	<p>I. – Non modifié</p>	<p><i>II. - La perte de recettes pour les régimes spéciaux d'assurance vieillesse de salariés sont compensées par la création d'une taxe additionnelle aux droits prévus aux articles 575 et 575A du code général des impôts.</i></p>
<p>LIVRE II</p> <p>TITRE IV</p> <p>CHAPITRE V</p> <p>SECTION 5</p> <p>Prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine et les produits de placement Art. L. 245-16. - II. - Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :</p>	<p>Article 28</p>	<p>Article 28</p>	<p>Article 28</p>
			<p>4. Supprimé</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>20 % à la première section du Fonds de solidarité vieillesse, mentionnée à l'article L. 135-2</p> <p>50 % au fonds mentionné à l'article L. 135-6 ;</p> <p>30 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés.</p>	<p>POURCENTAGES DE : « 65 % » ET « 15 % ».</p>	<p>II. – Non modifié</p>	
<p>Dispositions communes relatives au financement CHAPITRE 5 <i>BIS</i></p>	<p>II. - AU 5° DE L'ARTICLE L. 135-7 DU MÊME CODE, LE POURCENTAGE : « 50 % » EST REMPLACÉ PAR LE POURCENTAGE : « 65 % ».</p>	<p>III. – Non modifié</p>	
<p>Fonds de réserve pour les retraites</p>	<p>III. - Les dispositions du présent article sont applicables aux versements à recevoir par les organismes visés au II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2002.</p>		
<p>Art. L. 135-7. - Les ressources du fonds sont constituées par :</p>			
<p>.....</p> <p>5° Une fraction égale à 50 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16 ;</p> <p>.....</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	Elles s'appliquent à tous les produits notifiés à compter de cette date.	—	—
	Article 29	Article 29	Article 29
		Sans modification	<i>Supprimé</i>
	LA CAISSE NATIONALE DES ALLOCATIONS FAMILIALES VERSE EN 2002 LA SOMME DE 762 MILLIONS D'EUROS AU FONDS DE RÉSERVE POUR LES RETRAITES MENTIONNÉ À L'ARTICLE L.135-6 DU CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE. CETTE SOMME EST PRÉLEVÉE SUR LE RÉSULTAT EXCÉDENTAIRE 2000 DE LA BRANCHE FAMILLE, APRÈS AFFECTATION D'UNE FRACTION DE CELUI-CI AU FONDS D'INVESTISSE MENT POUR LE DÉVELOPPEME NT DES STRUCTURES D'ACCUEIL DE LA PETITE ENFANCE CRÉÉ PAR L'ARTICLE 23 DE LA LOI DE		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	<p data-bbox="502 403 726 660">FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2001 (N°2000-1257 DU 23 DÉCEMBRE 2000).</p> <p data-bbox="502 705 726 1108">UN ARRÊTÉ DES MINISTRES CHARGÉS DE LA SÉCURITÉ SOCIALE ET DU BUDGET FIXE LA DATE À LAQUELLE CE VERSEMENT EST EFFECTUÉ.</p> <p data-bbox="590 1131 726 1176">Section 5</p> <p data-bbox="526 1220 790 1400">Objectifs de dépenses par branche pour les années 2001 et 2002</p> <p data-bbox="598 1444 718 1489">Article 30</p> <p data-bbox="502 1512 813 1803">Pour 2002, les objectifs de dépenses par branches de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :</p> <p data-bbox="598 1848 813 1971">III. EN MILLIARDS D'EUROS</p>	<p data-bbox="813 336 1125 2011">—</p> <p data-bbox="893 1131 1029 1176">Section 5</p> <p data-bbox="837 1220 1093 1400">Objectifs de dépenses par branche pour les années 2001 et 2002</p> <p data-bbox="909 1444 1029 1489">Article 30</p> <p data-bbox="813 1512 1125 1579">Alinéa sans modification</p> <p data-bbox="813 1825 1125 1937">(En droits constatés et en milliards d'euros.)</p>	<p data-bbox="1125 336 1407 2011">—</p> <p data-bbox="1204 1131 1340 1176">Section 5</p> <p data-bbox="1141 1220 1404 1400">Objectifs de dépenses par branche pour les années 2001 et 2002</p> <p data-bbox="1212 1444 1332 1489">Article 30</p> <p data-bbox="1165 1512 1372 1556">Sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	—	—
	A. EN DROITS CONSTATÉS		
	- Maladie -maternité- invalidité-décès <i>125,05</i>	Maladie- maternité- invalidité-décès <i>125,27</i>	
	- Vieillesse- veuvage..... <i>136,06</i>	Vieillesse-veuvage <i>136,08</i>	
	- Accidents du travail ... <i>8,40</i>	Accidents du travail ... <i>8,53</i>	
57.	- Famille <i>41,99</i>	Famille <i>42,01</i>	
58.			
59.	- Total des dépenses <i>311,5</i> <i>3</i>	Total des dépenses <i>311,89</i>	
60.	Article 31	Article 31	Article 31
61.		Sans modification	Sans modification
	<p>POUR 2001, LES OBJECTIFS RÉVISÉS DE DÉPENSES PAR BRANCHES DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRE S DE BASE COMPTANT PLUS DE VINGT MILLE COTISANTS ACTIFS OU RETRAITÉS TITULAIRES DE DROITS PROPRES SONT FIXÉS AUX MONTANTS SUIVANTS :</p>		

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	—	—
62.	<u>En milliards de francs</u> <u>En encaissements-décaissements</u>	<u>(En encaissements-décaissements et en milliards de francs)</u>	
63.	- Maladie-maternité-invalidité-décès 784,30	<i>Maladie-maternité-invalidité-décès</i> 785,60	
64.	- Vieillesse-veuvage 830,80	<i>Vieillesse-veuvage</i> 830,80	
65.	- Accidents du travail 57,90	<i>Accidents du travail...</i> ... 57,90	
66.	- Famille 275,90	Famille 275,90	
67.			
68.	- Total des dépenses 1 948,90	<i>Total des dépenses</i> 1950,20	
69.			
70.	Section 6 ONDAM	Section 6 Objectif national de dépenses d'assurance maladie	Section 6 Objectif national de dépenses d'assurance maladie
71.	Article 32	Article 32	Article 32
72.	L'OBJECTIF NATIONAL DE DÉPENSES D'ASSURANCE MALADIE DE L'ENSEMBLE DES RÉGIMES OBLIGATOIRES DE BASE EST FIXÉ À 112,62 MILLIARDS D'EUROS POUR L'ANNÉE 2002.	L'objectif fixé à 112,77 milliards 2002.	1. Supprimé
		Article 32 bis (nouveau)	Article 32 bis

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>LIVRE IER TITRE III CHAPITRE III Recouvrement des cotisations</p>	<p>—</p> <p>Section 7 Mesures relatives à la trésorerie, à la comptabilité et à l'organisation financière</p> <p>Article 33</p> <p>I. – Après le chapitre III du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre III <i>bis</i> ainsi rédigé :</p> <p>« <i>CHAPITRE III BIS</i></p> <p>« <i>Modernisation et simplification du recouvrement des cotisations de sécurité sociale</i></p> <p>« Section 1</p> <p>« Modernisation et simplification des formalités au regard des entreprises</p> <p>« <i>Art. L. 133-5. - Les déclarations sociales que les entreprises et autres cotisants sont tenus d'adresser aux organismes gérant des régimes de protection sociale relevant</i></p>	<p>—</p> <p>Pour 2001, l'objectif révisé national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 710,3 milliards de francs, en encaissements-décaissements.</p> <p>Section 7 Mesures relatives à la trésorerie, à la comptabilité et à l'organisation financière</p> <p>Article 33</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé</p> <p><i>sans modification</i></p> <p>Division et intitulé</p> <p><i>sans modification</i></p> <p>« <i>Art. L. 133-5. - Alinéa sans modification</i></p>	<p>—</p> <p>Sans modification</p> <p>Section 7 Mesures relatives à la trésorerie, à la comptabilité et à l'organisation financière</p> <p>Article 33</p> <p>I. – Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé</p> <p><i>sans modification</i></p> <p>Division et intitulé</p> <p><i>sans modification</i></p> <p>« <i>Art. L. 133-5. - Non modifié</i></p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>du présent code et du code rural ou visés aux articles L. 223-16 et L. 351-21 du code du travail peuvent être faites par voie électronique, soit directement auprès de chacun de ces organismes soit auprès d'un organisme désigné par eux à cet effet et agréé ou, à défaut, désigné par l'Etat.</p> <p>« L'accusé de réception des déclarations effectuées par voie électronique est établi dans les mêmes conditions.</p> <p>« Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste des déclarations et la date à compter de laquelle celles-ci peuvent être effectuées par voie électronique.</p> <p>« TOUTE ENTREPRISE OU AUTRE COTISANT, DANS DES CONDITIONS DÉFINIES PAR ARRÊTÉ DU MINISTRE CHARGÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE OU, LE CAS ÉCHÉANT, LE MINISTRE DE L'AGRICULTURE, PEUT BÉNÉFICIER D'UN SERVICE D'AIDE À L'ÉLABORATION DES DÉCLARATIONS SOCIALES</p>	<p>—</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Un arrêté ...</p> <p>... sociale ou du ministre chargé de l'agriculture fixe ...</p> <p>... électronique</p> <p>« Toute ...</p> <p>... échéant, du ministre chargé de l'agriculture, ...</p> <p>... l'article L. 143-3 du code ...</p> <p>... article.</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	<p>RELATIVES AUX SALAIRES VERSÉS AINSI QU'À L'ÉLABORATI ON DES BULLETINS DE PAYE PRÉVUS À L'ARTICLE L. 243-3 DU CODE DU TRAVAIL . CE SERVICE EST OUVERT, SUR ADHÉSION, AUPRÈS DE L'ORGANISME VISÉ AU PREMIER ALINÉA DU PRÉSENT ARTICLE.</p> <p>« Les organismes visés au présent article, pour l'exercice de leurs missions, collectent et conservent le numéro national d'identification des personnes physiques pour chaque salarié déclaré, dans des conditions sécurisées, fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'infor- matique et des libertés.</p> <p>« POUR LES DÉCLARATION S DEVANT ÊTRE ACCOMPAGNÉ ES D'UN PAIEMENT, L'INSCRIPTION</p>	<p>—</p> <p>« Pour assurer le service défini au précédent alinéa et sa sécurisation, les organismes mentionnés au présent article sont autorisés à collecter et conservent le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques des personnes concernées, dans des conditions fixées ...</p> <p>... libertés.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>AU SERVICE DE TÉLÉRÈGLEMENT DISPENSE L'ENTREPRISE OU AUTRE COTISANT DE TOUTE AUTRE FORMALITÉ PRÉALABLE À L'UTILISATION DU TÉLÉRÈGLEMENT.</p> <p>« Section 2</p> <p><i>« Modernisation et simplification des formalités au regard des travailleurs indépendants</i></p> <p>« Art. L. 133-6. – Les travailleurs indépendants, ou les futurs travailleurs indépendants, reçoivent de la part des organismes en charge du recouvrement des cotisations de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 131-6, L. 642-1 et L. 723-6 du présent code une information concertée et coordonnée portant sur l'ensemble des droits et obligations en matière de prestations et de cotisations et contributions de sécurité sociale résultant d'une activité professionnelle</p>	<p>—</p> <p>Division et intitulé</p> <p><i>sans modification</i></p> <p>« Art. L. 133-6. – Les ...</p> <p>... L. 723-6 une information ...</p>	<p>—</p> <p>Division et intitulé</p> <p><i>sans modification</i></p> <p>« Art. L. 133-6. – Alinéa sans modification</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>emportant assujettissement à ces cotisations et contributions, ainsi que, à leur demande, une simulation de calcul indicative de ces dernières ; cette information peut être réalisée sur supports papier et électronique, par voie téléphonique et par l'accueil des intéressés.</p> <p>« Les personnes exerçant une activité non salariée non agricole soumise aux cotisations de sécurité sociale mentionnées au premier alinéa de l'article L. 131-6 ainsi qu'aux articles L. 642-1 et L. 723-6 reçoivent un document indiquant le montant et les dates d'échéance de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale et contributions dont elles sont redevables l'année suivante au regard de leurs derniers revenus connus suivant des modalités fixées soit par une convention conclue à cet effet entre tout ou partie des organismes en charge du recouvrement desdites cotisations et contributions soit à défaut par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.</p> <p>« Lorsque les travailleurs indépendants sont redevables à l'égard d'un ou plusieurs organismes chargés du recouvrement d'une dette de cotisations ou contributions sociales dont</p>	<p>—</p> <p>... intéressés.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Lorsque ...</p> <p>... sociales visées</p>	<p>—</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Lorsque ...</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">Code du travail LIVRE IER</p> <p style="text-align: center;">Conventions relatives au travail TITRE IER</p> <p style="text-align: center;">Contrat d'apprentissage CHAPITRE VIII</p> <p style="text-align: center;">Dispositions financières</p> <p>Art . L. 118-6. - Pour les employeurs inscrits au répertoire des métiers et, dans les départements du Bas-Rhin, du Haut-Rhin et de la Moselle, au registre des entreprises créé par le décret n. 73-942 du 3 octobre 1973, ainsi que pour ceux occupant dix salariés au plus , non compris les apprentis, l'Etat prend en charge totalement, selon des taux fixés ou approuvés par arrêté ministériel, les cotisations sociales patronales et salariales d'origine légale et conventionnelle imposées par la loi dues au titre des salaires versés aux apprentis, dans les conditions prévues à l'article L. 118-5.</p> <p>.....</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>le montant et l'ancienneté sont fixés par décret, ces organismes mettent en œuvre un recouvrement amiable et contentieux <i>conjoint</i>, concerté et coordonné.</p> <p style="text-align: center;">« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »</p> <p>II. – A. - AU PREMIER ALINÉA DE L'ARTICLE L. 118-6 DU CODE DU TRAVAIL, LES MOTS : « AINSI QUE POUR CEUX OCCUPANT DIX SALARIÉS AU PLUS » SONT REMPLACÉS PAR LES MOTS : « AINSI QUE CEUX OCCUPANT DIX SALARIÉS AU PLUS AU 31 DÉCEMBRE PRÉCÉDANT LA DATE DE CONCLUSION DU CONTRAT, » ;</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>au premier alinéa dont ...</p> <p style="text-align: center;">... coordonné.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">... contentieux, concerté ...</p> <p style="text-align: center;">... coordonné.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">II. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale TITRE IV CHAPITRE II Section 1</p> <p style="text-align: center;">Cotisations assises sur les rémunérations ou gains versés aux travailleurs salariés et assimilés</p> <p style="text-align: center;">Sous-section 1 Dispositions générales</p> <p>Art. L. 242-3. - Pour tout assuré qui travaille régulièrement et simultanément pour le compte de deux ou plusieurs employeurs, la part des cotisations incombant à chacun des employeurs est déterminée au prorata des rémunérations qu'ils ont respectivement versées dans la limite des maxima fixés en application de l'article L. 241-3.</p> <p>.....</p>	<p>B. - Après le premier alinéa de l'article L. 242-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Par dérogation au précédent alinéa, la part de cotisations incombant à chaque employeur peut être déterminée comme si le salarié occupait un emploi à temps partiel dans chacun des établissements employeurs. »</p>	<p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p>	
		<p>C (nouveau). - Après le premier alinéa de l'article L. 741-41 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Par dérogation au précédent alinéa, la part de cotisations incombant à</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>III. - Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 133-6 issues du I sont applicables à compter du 1er janvier 2002 ; celles des deuxième et troisième alinéas sont applicables aux cotisations de sécurité sociale et contributions dues au titre des années 2002 et suivantes et à celles recouvrées dans les mêmes conditions.</p>	<p>—</p> <p>chaque employeur peut être déterminée comme si le salarié occupait un emploi à temps partiel dans chacun des établissements employeurs.»</p> <p>III. - Les ...</p> <p>... L. 133-6 du code de la sécurité sociale issues ...</p> <p>... alinéas du même article sont applicables ...</p> <p>... conditions</p> <p>IV (<i>nouveau</i>). – La section 2 du chapitre V du titre II du livre VII du code rural est complété par un article L. 725-22 ainsi rédigé :</p> <p>« Art L. 725-22. – I. – Les employeurs occupant des salariés agricoles au sens de l'article L. 722-20, redevables, au titre d'une année civile, de cotisations et contributions sociales d'un montant supérieur à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture sont tenus de régler par virement ou, en accord avec leur caisse de mutualité sociale agricole, par tout autre moyen de paiement dématérialisé, les sommes dont ils sont redevables l'année suivante.</p> <p>« Le seuil visé à l'alinéa précédent ne peut</p>	<p>—</p> <p>III. – Non modifié</p> <p>IV. – Non modifié</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">—</p> <p style="text-align: center;">LIVRE IER TITRE III CHAPITRE VI Section 3 De la contribution sociale sur les produits de placement</p> <p>Art. L. 136-7. - I. - Les produits de placements sur lesquels est opéré le prélèvement prévu à l'article 125 A du code général des impôts sont assujettis à une</p>	<p style="text-align: center;">—</p>	<p style="text-align: center;">—</p> <p>être supérieur à 150 000 €</p> <p>« II. – Les entreprises autorisées à verser, pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements, les cotisations et contributions sociales dues pour leurs salariés à une caisse de mutualité sociale agricole autre que celle dans la circonscription de laquelle ces établissements sont situés, sont soumises à cette obligation.</p> <p>« III. – Le non-respect de l'obligation prévue au I entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Les modalités de remise de cette majoration sont fixées par un arrêté du ministre de l'agriculture.</p> <p>« IV. – Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations sociales agricoles sont applicables à la majoration prévue au III. »</p>	<p style="text-align: center;">—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>contribution à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3° et 4° du II et sauf s'ils sont versés aux personnes visées au III du même article.</p> <p>.....</p> <p>Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement doit intervenir le 30 septembre pour sept neuvièmes de son montant et le 30 novembre au plus tard pour les deux neuvièmes restants.</p> <p>.....</p>	<p>—</p>	<p>Article 33 bis (nouveau)</p>	<p>Article 33 bis</p>
<p>.....</p> <p>Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement doit intervenir le 30 septembre pour sept neuvièmes de son montant et le 30 novembre au plus tard pour les deux neuvièmes restants.</p> <p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>La dernière phrase du deuxième alinéa du IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :</p>	<p>Le deuxième ...</p>
<p>.....</p> <p>Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement doit intervenir le 30 septembre pour sept neuvièmes de son montant et le 30 novembre au plus tard pour les deux neuvièmes restants.</p> <p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>... est complété par une phrase ainsi rédigée : « Il est reversé dans un délai de cinq jours francs après ces dates par l'Etat aux organismes affectataires. »</p>
<p>LIVRE II</p> <p>Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.</p>	<p>.....</p>	<p>Art. 33 ter (nouveau)</p>	<p>Art. 33 ter</p>
<p>Art. L. 200-2. —</p> <p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>Les ressources du régime général sont collectées et centralisées par les organismes chargés du recouvrement</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>
<p>Une union des caisses nationales peut se</p>	<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>Sans modification</p>
<p>.....</p>	<p>.....</p>	<p>« L'Union des caisses nationales de</p>	<p>.....</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>voir confier par ces caisses les tâches qui leur sont communes.</p>		<p>sécurité sociale exerce pour le compte de ces caisses et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des tâches qui leur sont communes . »</p>	
<p>La gestion commune de trésorerie des différentes branches relevant des caisses nationales du régime général définie par l'article L 225-1 ne fait pas obstacle à l'obligation prévue au sixième alinéa.</p>		<p>II. – Après l'article L. 200-2 du même code, il est inséré un article L. 200-2-1 ainsi rédigé :</p>	
<p>LIVRE II Organisation du régime général, action de prévention, action sanitaire et sociale des caisses.</p>		<p>« <i>Art. L. 200-2-1.</i> – Les ressources nécessaires au financement de la gestion administrative de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont prélevées chaque année sur les encaissements du régime général de sécurité sociale, dans des conditions fixées par arrêté interministériel . »</p>	
<p>TITRE 1^{er} Organismes locaux et régionaux - Organismes à circonscription nationale.</p>		<p>III. – Dans le premier alinéa de l'article L. 216-3 du même code, les mots : « les organismes locaux et régionaux » sont remplacés par les mots : « les organismes locaux, régionaux et nationaux ».</p>	
<p>CHAPITRE VI Constitution et groupement des caisses.</p>			
<p>Section 2 Groupement des caisses.</p>			
<p>Art. L. 216-3. - Les organismes locaux et régionaux du régime général peuvent se grouper en unions ou fédérations</p>			

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>en vue de créer des oeuvres et des services communs ou d'assumer des missions communes.</p>		<p>IV. – L'article L. 224-5 du même code est ainsi rédigé :</p>	
<p>TITRE II Organismes nationaux. Chapitre IV Dispositions communes aux caisses nationales et à l'agence centrale.</p>		<p>« Art. L. 224-5. – L'union des caisses nationales de sécurité sociale, union nationale au sens de l'article L. 216-3, assure les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Elle négocie et conclut les conventions collectives nationales prévues aux articles L. 123-1 et L. 123-2.</p>	
<p>Art. L. 224-5. - Les caisses nationales et l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale peuvent confier à l'union des caisses nationales prévue à l'article L 200-2 des tâches communes sur délégation de leur conseil respectif, notamment pour les opérations immobilières, la coordination de l'action sanitaire et sociale, les problèmes relatifs aux conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale et la signature des conventions collectives prévues aux articles L 123-1 et L 123-2.</p>		<p>« Elle évalue, coordonne et participe à la mise en œuvre des politiques de formation du personnel. Elle assure le suivi de la gestion prévisionnelle de l'emploi, des effectifs, de la masse salariale et des politiques de recrutement du régime général. Elle promeut la sécurité et la santé au travail.</p>	
<p>L'union est composée :</p> <ul style="list-style-type: none">- d'une part, des représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L 133-2 du code du travail, et en nombre égal des représentants d'employeurs désignés par des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;- et, d'autre part, du président et du vice-		<p>« Elle peut se voir confier par l'Etat, les</p>	

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>président des caisses nationales et de l'agence centrale des organismes de sécurité sociale qui ne peuvent appartenir au même collège.</p>	<p>—</p>	<p>—</p> <p>caisses nationales du régime général ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des missions sur les questions relatives aux conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale ou sur tout sujet de fonctionnement des organismes d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières. Elle peut également passer convention avec les caisses nationales des autres régimes de sécurité sociale pour la réalisation de travaux portant sur des sujets d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières.»</p> <p>V. – Après l'article L. 224-5 du même code, sont insérés les articles L. 224-5-1 à L. 224-5-5 ainsi rédigés :</p> <p>« <i>Art. L. 224-5-1.</i> – L'union est dotée d'un conseil d'orientation composé :</p> <p>«- d'une part, des représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail, et en nombre égal des représentants d'employeurs désignés par des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;</p> <p>«- d'autre part, du président et du vice-président des caisses nationales et de l'Agence</p>	<p>—</p>

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	<p>centrale des organismes de sécurité sociale qui ne peuvent appartenir au même collège.</p> <p>« Les membres du conseil d'orientation sont désignés pour une durée de cinq ans.</p> <p>« Le conseil d'orientation élit en son sein son président.</p> <p>« Le directeur et le président du comité exécutif des directeurs prévu à l'article L. 224-5-2, assistent aux séances du conseil.</p> <p>« Le conseil d'orientation définit les orientations générales de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Dans le cadre de ces orientations générales, il arrête le programme de la négociation collective sur proposition du comité exécutif des directeurs.</p> <p>« Il donne son avis sur le rapport d'activité de l'union.</p> <p>« Il nomme le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint de l'union sur proposition du comité exécutif des directeurs.</p> <p>« Il approuve le budget annuel de gestion administrative sur proposition du comité exécutif des directeurs.</p> <p>« Il établit son règlement intérieur.</p> <p>« Il adopte et modifie les statuts de l'union sur proposition du comité exécutif des directeurs.</p> <p>« Sous réserve de</p>	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	<p>l'agrément ministériel, les accords collectifs nationaux deviennent exécutoires à l'expiration d'un délai d'un mois pendant lequel le conseil d'orientation peut s'y opposer à la majorité des trois quarts de ses membres désignés. A la même majorité, le comité peut demander l'évocation d'un sujet pendant la négociation d'un accord collectif national.</p> <p>« Art. L. 224-5-2. – L'union est dotée d'un comité exécutif des directeurs composé des directeurs de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de quatre directeurs d'organismes régionaux ou locaux de sécurité sociale du régime général désignés dans des conditions fixées par décret.</p> <p>« Le comité exécutif peut s'adjoindre deux personnes qualifiées.</p> <p>« Le comité élit en son sein un président parmi les directeurs d'organismes. En cas de partage des voix, le président a voix prépondérante.</p> <p>« Le comité peut constituer en son sein des commissions.</p> <p>« Le directeur de</p>	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	<p data-bbox="821 414 1117 481">l'union assiste aux séances du comité.</p> <p data-bbox="821 481 1117 548">« Le comité a notamment pour rôle :</p> <p data-bbox="821 548 1117 772">« 1° D'élaborer le budget de gestion administrative et de prendre toute décision budgétaire à l'exception de celles prévues à l'article L. 224-5-1 ;</p> <p data-bbox="821 772 1117 929">« 2° De proposer au conseil d'orientation la nomination du directeur, du directeur adjoint et de l'agent comptable ;</p> <p data-bbox="821 929 1117 1153">« 3° D'élaborer après concertation avec les fédérations syndicales le programme de la négociation collective proposé au conseil d'orientation ;</p> <p data-bbox="821 1153 1117 1377">« 4° De donner mandat au directeur pour négocier et conclure les accords collectifs nationaux. Le directeur informe le comité de l'état de la négociation ;</p> <p data-bbox="821 1377 1117 2042">« 5° De mettre en place dans des conditions définies par négociation avec les fédérations signataires de la convention collective nationale une instance nationale de concertation réunissant les caisses nationales et ces fédérations consultées, au moins une fois par an, sur toutes les questions institutionnelles ayant un impact sur l'organisation du travail et l'emploi, notamment à l'occasion de l'élaboration des conventions d'objectifs et de gestion, des plans stratégiques de branche,</p>	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
—	—	<p>des projets nationaux et schémas directeurs informatiques.</p> <p>« Art. L. 224-5-3. – Par dérogation aux articles L. 123-1 et L. 123-2, les décisions et les accords de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale s'appliquent de plein droit dès lors qu'ils sont d'application automatique d'un accord collectif national.</p> <p>« Art. L. 224-5-4. – Sous réserve des dispositions des articles L. 224-5 à L. 224-5-3, l'Union des caisses nationales de sécurité sociale est régie par les dispositions du présent livre, et notamment les articles L. 224-3, L. 224-10 et L. 281-3.</p> <p>« Art. L. 224-6. – Les modalités spécifiques de tutelle et de fonctionnement de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont fixées, en tant que de besoin, par décret ».</p>	—

Texte en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p>	<p>—</p> <p>Article 34</p> <p>Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :</p> <p><u>En millions d'euros.</u></p> <p>- Régime général ...4 420</p> <p>- Régime des exploitants agricoles 2 210</p> <p>- Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales ...500</p> <p>- Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines..... 350</p> <p>- Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat 80</p> <p>Les autres régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, lorsqu'ils disposent d'une trésorerie autonome, ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes.</p>	<p>—</p> <p>Article 34</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>—</p> <p>Article 34</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>- Régime général ... 2.300</p> <p>- Régime des exploitants agricoles 1.500</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>Alinéa sans modification</p>