

N° 58

SÉNAT

SESSION ORDINAIRE DE 1999-2000

Annexe au procès-verbal de la séance du 9 novembre 1999

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE,

TOME IV EXAMEN DES ARTICLES

Par M. Charles DESCOURS,
Sénateur.

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

Voir les numéros :

Assemblée nationale (11ème législ.) : 1835, 1873, 1876 et T.A. 368.

Sénat : 40 (1999-2000).

SOMMAIRE

Pages

TRAVAUX DE LA COMMISSION.....	5
EXAMEN DES ARTICLES.....	12
TITRE PREMIER - ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE.....	12
• <i>Article premier</i> Rapport annexé	12
• <i>Article additionnel après l'article premier</i> Modifications du fonctionnement de la Commission des comptes de la sécurité sociale	14
• <i>Article additionnel après l'article premier</i> Transmission au Parlement de l'avis du Conseil d'Etat sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale	17
• <i>Article additionnel après l'article premier</i> Accélération des délais de remise des comptes sociaux et harmonisation des plans comptables des organismes de sécurité sociale	19
TITRE II - DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES.....	22
• <i>Art. 2 A (nouveau)</i> Assujettissement aux cotisations sociales des indemnités de licenciement	22
• <i>Art. 2 B (nouveau)</i> Suppression du prélèvement sur la contribution sur les revenus du patrimoine perçue au profit des organismes de sécurité sociale	25
• <i>Art. 2 C (nouveau)</i> Augmentation du seuil de recouvrement de la CSG sur les revenus du patrimoine	27
• <i>Art. 2</i> Création du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale	29
• <i>Art. 3</i> Institution d'une contribution sociale sur les bénéficiaires des sociétés (CSB)	33
• <i>Art. 4</i> Extension de la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP)	37
• <i>Art. 4 bis (nouveau)</i> Exonération partielle de cotisations sociales pour les jeunes agriculteurs	45
• <i>Art. 5</i> Modifications des règles de répartition entre la CSG et des droits sur les alcools entre les régimes d'assurance maladie	47
• <i>Art. 5 bis (nouveau)</i> Remise par le directeur de l'ORGANIC des majorations de retard de la C3S	55
• <i>Article additionnel avant l'article 6</i> Affectation des résultats comptables des branches du régime général	56
• <i>Art. 6</i> Prévisions de recettes	57
TITRE III - DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE... 62	
Section 1 - Branche famille	62
• <i>Art. 7</i> Revalorisation des prestations familiales	62
• <i>Art. 8</i> Relèvement de l'âge limite d'ouverture du droit au complément familial et aux aides de logement	65
• <i>Art. 9</i> Garantie de ressources pour la branche famille	71
Section 2 - Branche vieillesse	76
• <i>Art. 10</i> Affectations au fonds de réserve pour les retraites	76
• <i>Art. 11</i> Revalorisation des pensions de retraite	81
• <i>Article additionnel après l'article 11</i> Situation du Fonds national de l'assurance veuvage	85

•Art. 12 Prorogation des dispositions limitant le cumul emploi-retraite.....	88
•Art. 13 Intégration de la section professionnelle des géomètres et des experts agricoles et fonciers (CARGE) au sein de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV).....	95
•Art. 13 bis (nouveau) Possibilité de rachat de cotisations d'assurance vieillesse pour les artisans et les commerçants.....	98
Section 3 - Branche maladie.....	100
•Art. 14 (art. L. 355-23 du code de la santé publique, art. L. 174-16 nouveau du code de la sécurité sociale, art. 6 bis de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967) Transfert à l'assurance maladie du financement de centres de dépistage ou d'éducation familiale	100
•Art. 15 (art. 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, art. L. 628-5 du code de la santé publique, art. L. 174-17 nouveau du code de la sécurité sociale) Transfert à l'assurance maladie des dépenses liées aux cures de désintoxication réalisées à l'hôpital	104
•Art. 16 (art. L. 765-1 nouveau du code de la santé publique, art. L. 162-32, art. L. 162-32-1 à L. 162-32-3 nouveaux du code de la sécurité sociale) Centres de santé	106
•Art. 17 (art. L. 162-1-8, L. 162-5-2 à L. 162-5-8, L. 162-5-9, L. 162-5-11, L. 162-5-11, L. 162-9, L. 162-12-2 à L. 162-12-5 à L. 162-12-7, art. L. 162-12-3 et L. 162-12-4 nouveaux, art. L. 162-12-9 à L. 162-12-12, L. 162-14-1 à L. 162-14-4, art. L. 162-12-17 et L. 162-12-18, L. 162-14, L. 162-15, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 nouveaux, art. L. 227-1, L. 322-5-4 et L. 322-5-5, L. 645-2 et L. 645-2-1, L. 722-4 et L. 722-4-1 du code de la sécurité sociale) Régulation des soins de ville par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés	110
•Art. 18 (art. L. 162-4-1 nouveau et L. 321-1 du code de la sécurité sociale) Motivation médicale apportée aux arrêts de travail et aux transports sanitaires	125
•Art. 19 (art. L. 315-2-1 nouveau et art. L. 615-13 du code de la sécurité sociale, art. 1106-2 du code rural) Contrôle des grands consommateurs de soins médicaux	128
•Art. 20 Dotation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville	131
•Art. 21 Fixation d'un objectif de dépenses pour le médicament	132
•Art. 22 Contribution exceptionnelle des entreprises pharmaceutiques au titre des spécialités remboursables	135
•Art. 22 bis (nouveau) (art. L. 601 du code de la santé publique) Délivrance d'une autorisation de mise sur le marché avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle	137
•Art. 23 (art. L. 138-10, L. 162-1-7, L. 162-16-1, L. 162-17, L. 162-17-3, L. 162-17-4, L. 165-1, L. 165-2 à L. 165-5 nouveaux, L. 314-1 du code de la sécurité sociale) Réforme du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS)	139
•Art. 24 (art. L. 162-22-1, L. 162-22-2, L. 162-22-3 à L. 162-22-6, L. 165-7 et L. 174-16 nouveaux du code de la sécurité sociale, art. L. 710-16-2 du code de la santé publique) Etatisation de la régulation de l'hospitalisation privée	144
•Article additionnel après l'article 24 (art. L. 716-2 du code de la santé publique)) Expérimentation de la tarification à la pathologie	153
•Art. 25 (art. 11-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975) Opposabilité des enveloppes budgétaires aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975	154
Section 4 - Branche accidents du travail.....	156
•Art. 26 A (nouveau) (art. 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999) Prolongation du délai de réouverture des droits pour les victimes de l'amiante	156
•Art. 26 (art. 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999) Extension du bénéfice de l'allocation de cessation d'activité pour les victimes de l'amiante	157
•Art. 26 bis (nouveau) (art. L. 434-2 du code de la sécurité sociale) Amélioration des modalités d'indemnisation des accidents du travail successifs	164

Section 5 - Objectifs de dépenses par branche	171
• <i>Art. 27</i> Objectifs de dépenses par branche	171
Section 6 - Objectif national de dépenses d'assurance maladie	175
• <i>Art. 28</i> Objectif national de dépenses d'assurance maladie	175
Section 7 - Mesures relatives à la trésorerie.....	178
• <i>Art. 29</i> Simplification des relations financières entre l'ACOSS et les URSSAF	178
• <i>Art. 29 bis (nouveau)</i> Neutralité des effets de trésorerie des relations financières entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale et ces régimes	179
• <i>Art. 30</i> Ratification du décret portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale	182
• <i>Art. 31</i> Plafonnement des ressources non permanentes.....	185
TABLEAU COMPARATIF	187

TRAVAUX DE LA COMMISSION

Réunie le mardi 9 novembre 1999, sous la présidence de M. Jacques Bimbenet, vice-président, la commission a procédé à l'examen du rapport sur le projet de loi n° 40 (1999-2000) de financement de la sécurité sociale pour 2000, adopté par l'Assemblée nationale en première lecture. M. Charles Descours, rapporteur pour les équilibres financiers généraux et l'assurance maladie ; M. Jacques Machet, rapporteur pour la famille ; M. Alain Vasselle, rapporteur pour l'assurance vieillesse, ont présenté les grandes lignes de leurs rapports (cf. exposés généraux respectivement des Tome I : Equilibres financiers généraux et l'assurance maladie, Tome II : Famille et Tome III : Assurance vieillesse).

M. François Autain a estimé que le Président de la République était dans son rôle quand il demandait une réforme des retraites, mais que le Gouvernement ne pouvait pas entamer une telle réforme avant un diagnostic et un dialogue avec les partenaires sociaux. Il a rappelé que M. Dominique Strauss-Kahn avait annoncé un projet de loi sur l'épargne salariale qui comprendrait une partie relative aux fonds partenariaux de retraite.

Il s'est interrogé sur la présentation très critique effectuée par M. Charles Descours. Il a estimé que le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales n'avait pas pour objet de financer les 35 heures, mais bien de financer une véritable réforme des cotisations patronales. Il a observé que l'extension de la ristourne bas salaires revenait à améliorer le dispositif adopté en 1996 à l'initiative du Gouvernement de M. Alain Juppé. Il a estimé que la contribution sociale sur les bénéficiaires représentait une véritable avancée. Il a déclaré que l'on ne pouvait pas reprocher au Gouvernement de ne pas respecter les partenaires sociaux, à partir du moment où le Gouvernement avait renoncé aux contributions des branches du régime général au financement des 35 heures.

Concernant l'article 17, il a observé que la loi de modernisation de la santé répondrait certainement aux attentes du rapporteur concernant le maintien des relations conventionnelles.

M. Jean Chérioux a rappelé l'attachement de tous aux régimes de retraite par répartition. Il a estimé que le financement à venir de ces régimes ne pouvait pas reposer sur une hausse du taux de cotisation. Il a considéré que la capitalisation était ainsi un complément indispensable. Il a observé que pour bénéficier de la capitalisation, une période de cotisation de 20-25 ans était absolument indispensable. Il a rappelé que les sommes investies dans l'épargne salariale

pouvaient avoir pour destination le financement des retraites, ce qui éviterait « une génération sacrifiée » payant la répartition et ne pouvant pas, compte tenu du peu de temps disponible, s'assurer un complément de retraite par capitalisation.

***M. Jacques Oudin, rapporteur pour avis de la commission des finances,** a approuvé les observations présentées par les trois rapporteurs. Il a regretté que la loi de financement de la sécurité sociale s'apparente de plus en plus à une loi de finances bis. Il a donné l'exemple de la taxe générale sur les activités polluantes, créée par l'article 30 de la loi de finances pour 1999, et désormais « basculée » dans le champ des finances sociales par l'article 4 du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il a considéré que les finances publiques devenaient de plus en plus obscures et qu'il existait un véritable problème au niveau des recettes des administrations publiques, dont la consolidation apparaît désormais nécessaire.*

Il a approuvé les orientations de M. Charles Descours concernant la réforme de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Il a dénoncé le « rebasage » de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), en expliquant que c'était la première fois, en matière de finances publiques, que l'on comparait les prévisions pour un exercice avec, non pas les prévisions pour l'année précédente, mais les réalisations.

Il a regretté l'absence de loi de règlement dans le domaine du financement de la sécurité sociale. Il a estimé qu'une telle loi devenait nécessaire pour assurer la clarté et la sincérité des comptes publics.

***M. Serge Franchis** a estimé que de nombreux hôpitaux, même parmi les plus performants, manquaient de moyens. Il a estimé que, dans certaines villes, des difficultés d'accueil commençaient à être observées.*

***M. Gilbert Chabroux** a déclaré avoir remarqué une différence de tonalité dans les propos tenus par les trois rapporteurs. Il a rappelé que la majorité sénatoriale avait voté une proposition de loi en juin dernier sur la famille dont les mesures étaient contestables et non financées. Il a estimé que le rapport de M. Jacques Machet avait posé le problème de l'affectation des excédents de la branche famille. Il a observé que cette question ne se posait pas lorsque la branche famille, dans les années 1994-1997, était en fort déficit. Il a noté que la situation comptable de la branche famille était tout à fait remarquable. Il a estimé que l'allocation de rentrée scolaire devait désormais être considérée comme une prestation familiale à part entière, financée par la branche famille. Il a rappelé que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 prévoyait une majoration de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF) de 0,3 %, alors que le gouvernement de M. Alain Juppé avait gelé, en 1996, la progression de toutes les prestations familiales.*

***Mme Nicole Borvo** a rappelé que le groupe communiste de l'Assemblée nationale avait émis des critiques sur le projet de loi de financement de la sécurité*

sociale pour 2000, ces critiques se fondant sur une absence de réforme sérieuse des cotisations patronales et la faiblesse de la revalorisation des prestations familiales et des pensions d'assurance vieillesse. Pour autant, elle a considéré que les propositions émises par M. Charles Descours ne répondaient en rien aux attentes du groupe communiste républicain et citoyen du Sénat. Elle a dénoncé le rapport Charpin, qui émet l'hypothèse d'un fort taux de chômage dans les années à venir. Elle a estimé que la proposition de loi relative au développement de l'épargne retraite, adoptée par le Sénat le 14 octobre 1999, menaçait les intérêts des salariés. Elle a déclaré qu'il était nécessaire de mettre fin à la maîtrise comptable des dépenses de santé. Relevant le souci exprimé par M. Charles Descours de respecter les partenaires sociaux, elle a demandé s'il était favorable au retour au principe de l'élection des administrateurs de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS).

Concernant la branche famille, elle a rappelé qu'il était nécessaire d'ouvrir le droit à prestations pour le premier enfant.

***M. Dominique Leclerc** s'est félicité que M. Charles Descours dénonce l'opacité des comptes. Il a estimé qu'il était désormais nécessaire d'arrêter de « bafouer tous les partenaires » : les partenaires sociaux, les professionnels de santé et les assurés. Il a considéré qu'il était urgent de définir une véritable politique de santé. Il a estimé que l'expression « panier de soins » était un raccourci qui choquait de plus en plus les Français. Il a noté que le chiffre de l'ONDAM lui paraissait très artificiel. Il a regretté qu'il n'y ait aucune évaluation indépendante des systèmes de santé, rappelant que le programme de médicalisation du système d'information (PMSI) et les points Indice synthétique d'activité (ISA) étaient régulièrement dénoncés. Il a rappelé que la maîtrise des dépenses ne pouvait s'appuyer que sur une maîtrise médicalisée.*

*En réponse aux différents intervenants, **M. Charles Descours, rapporteur**, a considéré qu'il était peu probable que le Gouvernement tue le système conventionnel en décembre par une loi de financement pour le ressusciter, le cas échéant, au printemps dans le cadre de la discussion d'un projet de loi dit de modernisation. Il a rappelé que ses propositions visaient à maintenir le système conventionnel car on ne pouvait pas se passer de la participation des professionnels de santé.*

*Tout en reconnaissant que le PMSI et le système des points ISA n'étaient sans doute pas parfaits, **M. Charles Descours, rapporteur**, a souligné que l'accréditation et l'évaluation progressaient. Rappelant que les schémas régionaux d'organisation sanitaire et sociale (SROSS) prévoyaient la suppression à terme de 24.000 lits hospitaliers, il a considéré que l'avenir de l'hôpital constituait un problème réel qui n'avait pas été abordé lors des trois dernières lois de financement de la sécurité sociale.*

M. Charles Descours, rapporteur, a souligné que la sécurité sociale continuait de facto à financer les 35 heures ; il s'est interrogé sur l'attitude qu'observerait, dans ces conditions, le groupe communiste sur l'article 2 du projet de loi.

Evoquant la réforme des cotisations patronales, il a jugé nécessaire de réfléchir à une véritable modification de l'assiette et de se poser la question de la prise en compte de la valeur ajoutée. Il a cependant souhaité qu'une telle réforme se fasse à prélèvement constant.

S'agissant des conclusions du rapport Charpin sur l'avenir des retraites, **M. Charles Descours, rapporteur**, a rappelé qu'un des scénarios étudiés envisageait à terme un taux de chômage de 6 %, ce qui n'était pas très éloigné du taux de 4 % traditionnellement associé au plein emploi dans les économies développées.

Puis la commission a procédé à l'examen des articles.

Sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, après avoir réservé l'article premier, elle a adopté trois amendements tendant à insérer trois articles additionnels après l'article premier. Ils visent respectivement à instituer un secrétariat permanent de la Commission des comptes de la sécurité sociale indépendant de l'administration de la sécurité sociale, à demander la transmission au Parlement de l'avis rendu par le Conseil d'Etat sur les projets de loi de financement et à définir un plan comptable unique pour les organismes de sécurité sociale et une remise accélérée des comptes.

Evoquant les dispositions de l'article 2 A, **M. Charles Descours, rapporteur**, a indiqué qu'il ne présenterait pas d'amendement et qu'il laissait, sur ce point, l'initiative à la commission des finances saisie pour avis du projet de loi, et qui doit examiner un dispositif symétrique inscrit en première partie du projet de loi de finances.

A l'article 2, la commission a adopté un amendement de suppression, en cohérence avec les dispositions adoptées par le Sénat lors de la discussion du projet de loi sur la réduction négociée du temps de travail.

Par cohérence, elle a procédé de même aux articles 3 et 4.

A l'article 5, elle a adopté un amendement instituant un mécanisme de répartition de la contribution sociale généralisée (CSG) plus simple et plus transparent que celui proposé par le Gouvernement.

Avant l'article 6, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel. Il prévoit l'affectation des résultats comptables des branches du régime

général dans des sections comptables distinctes de celles de leurs opérations courantes.

A l'article 6, elle a adopté un amendement de conséquence aux amendements de suppression adoptés aux articles 2, 3 et 4.

A l'article 8, sur proposition de **MM. Jacques Machet et Charles Descours, rapporteurs**, elle a adopté un amendement qui proroge l'article 22 de la loi de 1994 consacrée à la famille qui prévoit le relèvement progressif jusqu'à 22 ans de l'âge limite d'ouverture du droit aux prestations familiales.

A l'article 9, elle a adopté trois amendements instituant une nouvelle garantie de ressources pour la branche famille.

A l'article 10, sur proposition de **MM. Alain Vasselle et Charles Descours, rapporteurs**, constatant que les missions du fonds de réserve pour les retraites ne sont toujours pas définies, elle a adopté un amendement de suppression.

Après l'article 11, sur proposition **MM. Alain Vasselle, Jacques Machet et Charles Descours, rapporteurs**, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel. Celui-ci prévoit la présentation au Parlement d'un rapport présentant la situation du fonds national de l'assurance veuvage et formulant des propositions pour les revalorisations du montant des prestations de l'assurance veuvage.

A l'article 13 bis, sur proposition de **MM. Alain Vasselle et Charles Descours, rapporteurs**, elle a adopté un amendement allongeant le délai prévu par cet article pour le rachat de cotisations d'assurance vieillesse pour les artisans et les commerçants.

Aux articles 14 et 15, sur proposition de **M. Charles Descours, rapporteur**, elle a adopté deux amendements de suppression de ces articles qui prévoient un transfert de charges financières de l'Etat vers l'assurance maladie.

A l'article 16, elle a adopté neuf amendements tendant à préciser le régime de l'agrément et du conventionnement des centres de santé institués par cet article.

A l'article 17, elle a adopté un amendement tendant à instituer un mécanisme de régulation médicalisée et régionalisée des dépenses médicales confortant le système de relations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie.

A l'article 18, elle a adopté un amendement précisant que cet article concerne l'ensemble des médecins, quels que soient leur lieu ou mode d'exercice.

A l'article 19, elle a adopté un amendement de suppression, considérant que la procédure de convocation des patients et de leur médecin définie par cet article était coercitive, inadaptée et inefficace.

A l'article 21, elle a adopté un amendement de suppression de cet article, considérant que ces dispositions étaient contraires à la loi organique.

Elle a procédé de même à l'article 22 bis, estimant que l'application de cet article, qui dissociait l'autorisation de mise sur le marché et la commercialisation des médicaments génériques, risquerait de multiplier les contentieux entre laboratoires.

A l'article 24, elle a adopté dix-huit amendements tendant à rétablir une régulation tripartite de l'hospitalisation privée faisant intervenir l'Etat, l'assurance maladie et les représentants des cliniques.

Après l'article 24, elle a adopté un amendement tendant à insérer un article additionnel portant de cinq à deux ans la durée de l'expérimentation, prévue par l'article L. 716-2 du code de la santé publique, d'une tarification à la pathologie dans les établissements de santé.

A l'article 26, elle a adopté trois amendements. Le premier précise que cet article vise les ports par lesquels transitaient une part significative des exportations et importations d'amiante. Le deuxième autorise le Gouvernement à ajouter le montant de la pension d'invalidité aux revenus d'activité à temps partiel pour déterminer les revenus de base nécessaires au calcul de la pension de préretraite. Le troisième apporte enfin une précision sur les modalités du financement du fonds pour les victimes de l'amiante.

A l'article 26 bis, elle a adopté un amendement de précision.

A l'article 27, elle a adopté un amendement diminuant l'objectif de dépenses de la branche famille, indûment surévalué par cet article avec la prise en compte des dépenses correspondant à une prise en charge partielle de l'allocation de la rentrée scolaire par cette branche.

A l'article 29 bis, elle a adopté deux amendements rédactionnels.

A l'article 30, elle a adopté un amendement de suppression, estimant que le décret du 7 octobre 1999 relevant le plafond d'avances de trésorerie du régime général n'était justifié ni sur la forme, ni sur le fond et traduisait l'intervention désormais systématique du pouvoir réglementaire à l'égard d'une disposition qui est l'une des plus normatives des lois de financement.

A l'article 31, elle a adopté un amendement abaissant le plafond d'avances pour le régime général et supprimant le plafond d'avances de trésorerie proposé par la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales (CNRACL)

afin de protester une nouvelle fois contre l'application du mécanisme dit de « surcompensation ».

Enfin, à l'article premier, précédemment réservé, elle a adopté le rapport annexé dans une nouvelle rédaction développant les orientations et les propositions de la commission des affaires sociales pour le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

Enfin, la commission a approuvé l'ensemble du projet de loi tel qu'amendé.

EXAMEN DES ARTICLES

TITRE PREMIER

-

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

Article premier **Rapport annexé**

Le législateur organique de 1996 a été soucieux de ne pas réduire la loi de financement à une simple juxtaposition de chiffres, en prévoyant l'adoption d'un rapport annexé, amendable par les parlementaires.

Le premier alinéa du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale devait constituer, en quelque sorte, le « volet qualitatif » des lois de financement :

« Chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale : 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 ».

Le I de l'article L.O. 111-4 précise que « *le projet de loi de financement de la sécurité sociale est accompagné d'un rapport présentant 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* ».

Il résulte implicitement de ces deux articles de la loi organique que le rapport fait l'objet d'un vote par le Parlement, qui dès lors dispose, en bonne logique, d'un pouvoir d'amendement.

Le rapport annexé s'est révélé un outil bien décevant. Les rares orientations de la politique de santé, les plus consensuelles, s'accompagnent d'une sorte d'exposé des motifs des différents articles du projet et d'engagements du Gouvernement, le plus souvent non tenus. Les « *objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale* » apparaissent difficilement identifiables¹.

Les amendements parlementaires -n'ayant souvent qu'un rapport lointain avec le domaine des lois de financement de la sécurité sociale- représentent souvent des « lots de consolation », en échange d'un retrait de dispositifs normatifs qui seraient d'ailleurs souvent irrecevables dans le corps même du projet de loi ; dans le rapport annexé à la loi de financement pour 1999, le Gouvernement a pu ainsi prendre l'engagement d'abroger la « loi Thomas ».

Une décision récente du Conseil d'Etat, l'arrêt « Rouquette » du 5 mars 1999, devrait conduire les parlementaires à douter du bien-fondé des amendements qu'ils souhaitent apporter au rapport annexé.

Considérant que « *les orientations et les objectifs présentés par le rapport accompagnant la loi de financement de la sécurité sociale ne sont pas revêtus de la portée normative qui s'attache aux dispositions de celle-ci* ». Le Conseil d'Etat a consacré l'absence de portée normative de dispositions longuement débattues et amendées par le Parlement.

Il reste qu'il est ainsi paradoxal que la commission mixte paritaire statuant sur les dispositions restant en discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 ait échoué sur le rapport annexé à l'article premier, c'est-à-dire sur un dispositif sans valeur normative.

Cette situation n'avait pas échappé au rapporteur de la commission mixte pour le Sénat qui avait demandé, sans succès, la réserve du rapport annexé selon la procédure qui avait été suivie en première lecture tant à l'Assemblée nationale qu'au Sénat.

En quelque sorte, plus un dispositif normatif sera consensuel, plus le rapport annexé risquera, en contrepartie, d'être « durci » par quelque engagement ou déclarations emblématiques, à usage interne de la majorité gouvernementale, rendant impossible un accord en commission mixte paritaire. Cette situation, jointe

¹ Cf. rapport d'information sur « *Les lois de financement de la sécurité sociale : un acquis essentiel, un instrument perfectible* », n° 433 (1998-1999), p. 33-39.

à l'urgence qui s'applique de droit aux projets de loi de financement, est préoccupante pour le bon fonctionnement du bicamérisme.

Le débat à l'Assemblée nationale du rapport annexé du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 s'est déroulé en fin de discussion¹, entre cinq heures et six heures du matin. Autant dire que les argumentations des orateurs (le plus souvent : « *Défendu !* »), de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales (le plus souvent, « *Défavorable* ») et du Gouvernement (le plus souvent : « *Rejet* ») ont été sommaires.

Votre rapporteur souhaite que la réflexion puisse être poursuivie sur le rôle du rapport annexé à l'article premier des lois de financement.

Il est actuellement l'un des éléments substantiels des lois de financement tel que décrites par la loi organique. Il se trouve, dans les faits, dépourvu de valeur normative. Il ne saurait jouer le rôle d'une véritable loi d'orientation, notamment dans le domaine de la santé publique.

Dans cette attente, votre commission vous propose d'adopter un rapport annexé résumant ses analyses et ses propositions.

Votre commission a adopté cet article ainsi amendé.

Article additionnel après l'article premier
**Modifications du fonctionnement de la
Commission des comptes de la sécurité sociale**

Objet : Cet article additionnel tend à renforcer le rôle de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Les rapports de la Commission des comptes de la sécurité sociale constituent des « *annexes implicites* » aux projets de loi de financement de la sécurité sociale. A ce titre, ces rapports sont transmis au Parlement selon une disposition de la loi organique du 22 juillet 1996, « *déclassée* » en disposition de loi ordinaire par le Conseil constitutionnel.

Les conditions de fonctionnement de la Commission des comptes sont ainsi particulièrement importantes.

¹ *Alors que la discussion du rapport annexé était censée éclairer les choix du législateur...*

Or, beaucoup d'observateurs et de journalistes sont convaincus que la commission est une instance délibérative, présentant elle-même les comptes.

En fait, la Commission des comptes est un « *habillage* » de la direction de la sécurité sociale. Les comptes sont transmis au secrétaire général, seul élément véritablement « *distinct* » de l'administration de la sécurité sociale, une semaine avant la réunion de la commission. Le secrétaire général se borne ainsi à rédiger un « *avant-propos* » de deux ou trois pages, où il insiste régulièrement sur le manque de moyens... de l'administration elle-même.

Les comptes tendanciels, élaborés à l'occasion de la Commission des comptes, permettent normalement de distinguer, avec clarté, tout ce qui est réellement « *tendanciel* » et ce qui est « *corrigé* » par le Gouvernement dans le projet de loi de financement.

Il est alors « *facile* » d'apprécier « *les mesures de redressement financier* » de la sécurité sociale (en fait, « *le schéma de redressement financier* » du régime général).

Le rapport de septembre 1999 marque une évolution regrettable. De nombreuses décisions ont été intégrées dans « *le compte tendanciel* ». Dès lors, votre commission a été obligée de reconstruire un véritable compte tendanciel pour apprécier les effets de la politique du Gouvernement.

L'exemple le plus fâcheux de ces anticipations est la « *provision comptable* » de 5,5 milliards de francs opérée au détriment des branches du régime général pour le financement des trente-cinq heures. Cette provision, inscrite dans les dépenses, a finalement été retirée, « *en échange* » d'une perte de recettes.

Ce n'est pas la Commission des comptes de la sécurité sociale qui a décidé de cette provision, ni le secrétaire général de cette commission. Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, l'a reconnu sans complexe : « *Nous avons inscrit par ailleurs dans les comptes de la sécurité sociale, provenant des cotisations des employeurs et des salariés, une provision de 5,5 milliards de francs pour le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales.* »¹

Il apparaît nécessaire de doter la Commission des comptes de la sécurité sociale d'un secrétariat général permanent, distinct de la direction de la sécurité sociale. Ce secrétariat permanent aurait à sa tête le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale, qui serait nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale, pour un mandat de trois ans renouvelable, sur proposition conjointe des présidents des deux assemblées.

¹ JO Débats AN, 3^{ème} séance du 29 octobre 1999, p. 8611.

Il importe, en effet, de donner au Parlement un rôle plus important sur le processus *ex ante* des projets de lois de financement de la sécurité sociale.

Deux structures administratives seraient ainsi clairement distinguées : une structure pour élaborer les comptes tendanciels de l'année $n + 1$, les comptes prévisionnels de l'année n et les comptes définitifs de l'année $n - 1$ (le secrétariat de la Commission des comptes de la sécurité sociale) ; une structure pour élaborer les comptes présentés dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale et dans ses annexes, incluant les mesures correctives proposées par le Gouvernement (la direction de la sécurité sociale).

Le fait que la même direction soit chargée simultanément d'exercer la tutelle sur les organismes de sécurité sociale, d'établir les « *comptes tendanciels* » et de préparer les annexes des projets de lois de financement de la sécurité sociale ne semble plus aujourd'hui souhaitable.

La Commission des comptes de la sécurité sociale doit « *s'adapter* » au nouveau contexte créé par les lois de financement.

On observera d'ailleurs que le Gouvernement souhaite faire jouer à la Commission des comptes un rôle plus important : l'article 11 paragraphe XVI du projet de loi relatif à la réduction négociée du temps de travail, supprimé par le Sénat, prévoyait une « consultation » de la Commission des comptes de la sécurité sociale, avant de fixer les contributions des branches du régime général au financement des 35 heures ; l'article 9 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 prévoit que la Commission des comptes « constate » le respect de la garantie de ressources accordée à la CNAF. Ce pouvoir doit bien s'appuyer sur une expertise autonome.

Une réforme plus globale de la commission pourrait être envisagée dans l'avenir, par exemple en faisant coïncider le « *périmètre* » des régimes de base obligatoires et régimes complémentaires avec le « *périmètre* » des administrations publiques de sécurité sociale, ce qui nécessiterait d'ajouter à sa compétence le régime d'assurance chômage.

A terme, il serait tout à fait imaginable que la Cour des comptes examine les comptes *tendanciels* de la sécurité sociale.

Cette question devrait faire l'objet d'une réflexion des « *acteurs* » de la loi de financement.

Votre commission souhaite engager ce débat.

Pour l'heure, cet article additionnel vise à assurer une meilleure information du Parlement, et au-delà, une plus grande transparence des comptes sociaux.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

Article additionnel après l'article premier
**Transmission au Parlement de l'avis du Conseil d'Etat
sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale**

Objet : Cet article additionnel prévoit la transmission au Parlement de l'avis du Conseil d'Etat sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Lors des débats à l'Assemblée nationale sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, a été interrogée sur le sens de l'avis du Conseil d'Etat, s'agissant des « contributions » demandées aux organismes de sécurité sociale, dont le taux et l'assiette n'étaient pas définies par le projet de loi initial.

Le Gouvernement aurait très bien pu décider de ne pas répondre sur ce sujet. L'article 1^{er} de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978 portant diverses mesures d'amélioration des relations entre l'administration et le public et diverses dispositions d'ordre administratif, social et fiscal a précisé que les avis du Conseil d'Etat ne faisaient pas partie des documents administratifs communicables : « *Sont considérés comme documents administratifs au sens du présent titre tous dossiers, rapports, études, comptes rendus, procès-verbaux, statistiques, directives, instructions, circulaires, notes et réponses ministérielles qui comportent une interprétation du droit positif ou une description des procédures administratives, avis, à l'exception des avis du Conseil d'Etat et des tribunaux administratifs, prévisions et décisions revêtant la forme d'écrits, d'enregistrements sonores ou visuels, de traitements automatisés d'informations non nominatives.* »

Mais Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, intervenant à la suite d'un rappel au règlement de M. François Goulard, député du Morbihan, a fait mention de cet avis à l'Assemblée nationale : « *Je n'ai pas sous les yeux l'avis du Conseil d'Etat mais je vous en donnerai lecture tout à l'heure. (...) Je peux néanmoins vous rassurer dès à présent : le Conseil d'Etat n'a évoqué aucun motif d'inconstitutionnalité, alors que le problème que vous avez soulevé a bien évidemment été envisagé, comme tous les autres* »¹.

Votre rapporteur a cherché cette « lecture » de l'avis du Conseil d'Etat dans la suite des débats à l'Assemblée nationale : il ne l'a pas trouvée.

¹ JO Débats AN, séance du 7 octobre 1999, p. 7053.

Devant votre commission des Affaires sociales, Mme Martine Aubry a confirmé que le Conseil d'Etat, dans son avis sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, « *n'avait émis aucune objection de principe à l'égard d'une contribution des organismes de protection sociale au financement des 35 heures. Il avait seulement observé qu'une telle contribution, dès lors qu'elle ne résultait pas d'un accord avec les intéressés, était un impôt dont le Parlement devait fixer l'assiette et le taux.* »¹

Ces affirmations n'ont pas totalement convaincu votre rapporteur, qui, par ailleurs, avait pu prendre connaissance dans la presse de la teneur de l'avis du Conseil d'Etat.

Il semble en effet que la Haute juridiction ait considéré qu'en se bornant à prévoir que le montant de cette contribution serait fixé puis réparti entre les divers régimes sociaux assujettis « *en fonction du surcroît de recettes et des économies de dépenses induites par la réduction du temps de travail* », sans définir autrement son assiette et son taux, le projet de loi ne satisfaisait pas, sur ce point, à l'obligation constitutionnelle faite au législateur d'exercer la totalité de sa compétence.

Votre rapporteur, ne souhaitant pas modifier, de façon générale, la loi du 17 juillet 1978, s'est contenté de prévoir une transmission au Parlement des avis du Conseil d'Etat sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale.

Cette transmission n'apparaît guère contraire aux règles constitutionnelles. En effet, le deuxième alinéa de l'article 39 de la Constitution se contente de disposer que « *les projets de loi sont délibérés en Conseil des Ministres après avis du Conseil d'Etat et déposés sur le bureau de l'une des deux assemblées.* »

Les projets de loi de financement de la sécurité sociale ne bénéficient pas d'étude d'impact. L'analyse juridique du Conseil d'Etat, au moment où l'Assemblée nationale et le Sénat s'interrogent sur leur « capacité d'expertise », serait ainsi fort utile au Parlement.

Votre rapporteur observe que M. Henry Chabert, rapporteur spécial à l'Assemblée nationale des services financiers, a souhaité dans le même ordre d'idée que les rapports de l'Inspection générale des finances soient communiqués au Parlement.

A tout le moins, il importerait que le Gouvernement dès lors qu'il invoque spontanément ou en réponse à des intervenants, le sens et la teneur de l'avis du Conseil d'Etat, accepte de communiquer cet avis dans son intégralité au Parlement. Le débat gagnerait alors en transparence.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

¹ *Bulletin des commissions du Sénat, n°3 (1999-2000), p. 453.*

Article additionnel après l'article premier
**Accélération des délais de remise des comptes sociaux et
harmonisation des plans comptables des organismes de sécurité sociale**

Objet : Cet article additionnel prévoit la transmission des comptes des organismes de sécurité sociale avant le 31 mars de l'année suivant l'exercice et l'harmonisation des plans comptables.

La discussion des lois de financement de la sécurité sociale, le contrôle de leur application par le Parlement et par la Cour des comptes sont pénalisées par les délais tardifs de remise des comptes.

Les progrès constatés au niveau des caisses du régime général et de l'ACOSS ne doivent pas masquer les retards rencontrés pour certains régimes, dont le régime agricole.

De plus, des « goulets d'étranglement » sont désormais nettement perceptibles au niveau de la Direction de la sécurité sociale, dont les cinquième et sixième sous-directions sont sous dotées en moyens et notamment en personnels.

Votre rapporteur fonde ce constat sur les auditions du groupe de travail constitué en janvier 1999 par la commission, sur les rapports de la Cour des comptes et sur les avants propos rédigés par les trois secrétaires généraux de la Commission des comptes de la sécurité sociale qui se sont succédés depuis 1987.

La solution ne passe pas forcément par le « recrutement de nouveaux fonctionnaires », mais le Gouvernement pourrait procéder à des réaffectations, tout d'abord au sein même de la Direction de la sécurité sociale, ensuite, au sein du ministère de l'emploi et de la solidarité et enfin, bien sûr, du ministère richement doté qu'est Bercy vers le ministère « pauvre » des Affaires sociales.

Les lois de financement de la sécurité sociale imposent de disposer des « comptes à temps ». Si les comptes étaient arrêtés beaucoup plus tôt qu'à l'heure actuelle, le Parlement, les partenaires sociaux, la Cour des comptes, la Commission des comptes de la sécurité sociale, l'administration elle-même, disposeraient de davantage de temps pour procéder à une analyse approfondie de l'existant et pour élaborer, sur des bases solides, des prévisions et des propositions.

En juin 1999¹, votre rapporteur avait imaginé le « calendrier idéal » des lois de financement de la sécurité sociale :

Le calendrier idéal des lois de financement

janvier - février : travaux du Haut comité de la santé publique ;

mi-mars : réunion de la conférence nationale de santé ;

31 mars : date d'arrêté des comptes pour tous les organismes de sécurité sociale ;

fin mai : réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale tous régimes - publication des résultats de l'année n-1 - révision de la prévision de l'année n ;

fin juillet : remise du rapport de la Cour des comptes sur l'application de la loi de financement n-1 ;

début septembre : réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale - révision des prévisions de l'année n - prévisions des comptes tendanciels de l'année n+1 ;

début septembre : présentation des principales mesures du projet de loi ;

première quinzaine de septembre : consultation des partenaires sociaux ;

vers le 15 septembre : adoption par le Conseil des ministres ;

15-20 septembre : début des travaux en commission à l'Assemblée nationale ;

15 octobre : date officielle du dépôt de la dernière annexe au projet de loi, afin de faire courir les délais prévus par la Constitution et la loi organique.

Votre rapporteur vous propose, pour parvenir à ce calendrier idéal, d'adopter deux dispositions de principe :

- premièrement, imposer aux régimes de sécurité sociale de communiquer leurs comptes avant le 31 mars au secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale (article L. 114-1 nouveau du code de la sécurité sociale) ;

- deuxièmement, retenir le principe d'un plan comptable unique pour les organismes de sécurité sociale (article L. 114-2 nouveau du code de la sécurité sociale). Votre commission ne souhaite pas se prononcer sur la nature de ce plan comptable. Elle laisse à la Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale (MIRCOSS), placée sous la responsabilité de M. Alain Déniel, le soin de le décider.

Actuellement, l'article D. 253-52 du code de la sécurité sociale (décret n° 93-1004 du 10 août 1993) dispose que « *le plan comptable des organismes de sécurité sociale constitue un plan comptable distinct du plan comptable général ; il est établi par arrêté conjoint du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget* ». Cet arrêté n'a jamais été pris.

¹ « *Les lois de financement : un acquis essentiel, un instrument perfectible* », rapport n°433 (1998-1999), p. 81.

Comme l'explique M. Déniel, un plan comptable unique ne résoudra pas tout. Il est nécessaire de prévoir une instance de suivi, afin de traiter de tous les problèmes d'application.

Votre rapporteur souhaite que ce soit le secrétariat permanent de la Commission des comptes de la sécurité sociale qui soit chargé de ce suivi. Cette mission justifie, une nouvelle fois, l'intérêt d'un tel secrétariat permanent.

Afin de laisser du temps aux organismes de sécurité sociale pour se préparer, afin de laisser à la MIRCOSS le soin d'achever ses travaux, votre commission prévoit un délai d'un an.

Ces dispositions ne seront applicables qu'au 1^{er} janvier 2001. Au 1^{er} janvier 2001, les organismes de sécurité sociale retraceront leurs opérations comptables dans un plan unique. Elles devront communiquer leurs comptes au secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale avant le 31 mars 2002.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

TITRE II

-

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Art. 2 A (nouveau)

Assujettissement aux cotisations sociales des indemnités de licenciement

Objet : Cet article additionnel, résultant d'un amendement présenté par M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des Finances. Il vise à renforcer l'assujettissement à la CSG des indemnités de licenciement et à établir le principe de l'assujettissement aux cotisations sociales de ces indemnités, lorsque leur montant est supérieur à un plafond.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** modifie l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, relatif à l'assiette de la CSG sur les revenus d'activité et les revenus de remplacement.

Le 1° modifie le 5° du II de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, en précisant que les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail sont automatiquement assujetties à la CSG pour la fraction assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 duodecimes du code général des impôts.

Dans l'état actuel du droit, la fraction excédant le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi est assujettie à la CSG.

Dans l'esprit des auteurs de l'amendement, il s'agit d'établir un régime social et fiscal unique de ces indemnités.

Le 2° insère un 5° bis à l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale. Il vise à assujettir à la CSG les indemnités de départ versées à l'occasion de la cessation de fonctions, volontaire ou forcée, des mandataires sociaux, dirigeants ou personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, pour la fraction excédant les montants définis au deuxième alinéa du 1° de l'article 80 duodecimes du code général des impôts.

Les personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts

- dans les sociétés anonymes : le président du conseil d'administration, le directeur général, l'administrateur provisoirement délégué, les membres du directoire, tout administrateur ou membre du conseil de surveillance chargé de fonctions spéciales ;
- dans les sociétés à responsabilité limitée : les gérants minoritaires ;
- dans les autres entreprises ou établissements passibles de l'impôt sur les sociétés : les dirigeants soumis au régime fiscal des salariés ;
- dans toute entreprise : toute personne occupée en emploi salarié dont la rémunération totale excède la plus faible des rémunérations allouées aux dirigeants de cette entreprise.

Le **paragraphe II** modifie l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, relatif à l'assiette des cotisations sociales. Il intègre dans cette assiette les indemnités de licenciement et les indemnités versées à l'occasion de la cession forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 ter du code général des impôts, à hauteur de la fraction excédant les limites définies par le code général des impôts.

Le **paragraphe III** étend le dispositif du II aux cotisations salariales des salariés agricoles (art. 1031 du code rural).

Le **paragraphe IV** rend le dispositif applicable aux cotisations patronales des salariés agricoles acquittées par les exploitants agricoles (art. 1062 du code rural).

Le **paragraphe V** précise que les indemnités de départ ou de licenciement, pour la fraction excédant les limites définies par le code général des impôts, font partie intégrante de l'assiette des cotisations payées par le chef d'exploitation agricole (art. 1154 du code rural).

Le **paragraphe VI** supprime une disposition du code du travail (art. 122-14-13) précisant que les indemnités de départ à la retraite obéissent au même régime fiscal et social que l'indemnité de licenciement.

II - La position de votre commission

Votre commission -dans des conditions très différentes de celles d'aujourd'hui, puisqu'il s'agissait d'assurer un meilleur équilibre des comptes sociaux et de financer une enveloppe spécifique correspondant à la prise en charge de dépenses thérapeutiques nouvelles- avait proposé, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, un amendement assujettissant

les indemnités de licenciement aux cotisations sociales. Elle y avait finalement renoncé, devant l'opposition des partenaires sociaux. Ces derniers avaient estimé que rien n'empêcherait de baisser, au fil des humeurs du législateur et des besoins de financement du moment, le plafond au dessus duquel s'applique l'assujettissement aux cotisations sociales.

Votre rapporteur n'est pas hostile au « principe » d'un assujettissement des indemnités de licenciement aux cotisations sociales. Il estime que le principal inconvénient de cet article additionnel est d'intervenir « à chaud », en conséquence d'une actualité récente marquée par le montant très important des indemnités de départ touchées récemment par le président d'une société pétrolière.

« L'amendement Jaffré », venant après « l'amendement Michelin » dans le projet de loi 35 heures, puisqu'il s'agit décidément d'une législation *intuitu personae*, a été le moyen pour le Parti socialiste de refaire péniblement son unité, lors de l'examen du projet de loi de finances pour 2000, après l'amendement déposé par M. Augustin Bonrepaux, président de la commission des Finances de l'Assemblée nationale, visant à taxer les « stock-options ».

L'article 2 A est la transposition, dans le domaine social, de l'amendement adopté par l'Assemblée nationale, visant à inclure expressément les indemnités de licenciement et les indemnités de départ volontaire (hors départ en retraite) dans l'assiette de l'impôt sur le revenu, pour la fraction dépassant 2,3 millions de francs. L'article 2 bis nouveau du projet de loi de finances pour 2000 a en effet inséré un article 80 duodecies dans le code général des impôts fixant un barème complexe, prévoyant une exonération maximale calculée par rapport à la moitié de la première tranche du tarif de l'impôt de solidarité sur la fortune fixé à l'article 885 U du code général des impôts (soit 2.350.000).

Le Sénat examinant le projet de loi de financement de la sécurité sociale avant le projet de loi de finances, l'article 80 duodecies nouveau du code général des impôts proposé par l'Assemblée nationale n'a pas encore été discuté.

Votre rapporteur ne peut que s'en remettre aux analyses de la commission des finances, saisie pour avis du présent projet de loi et au fond sur le projet de loi de finances, qui pourront être précisées lors de l'examen des amendements extérieurs au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Le Sénat se doit d'adopter, en effet, une position cohérente sur ces deux articles.

Votre rapporteur rappelle toutefois que la jurisprudence actuelle, tant en matière d'imposition que de cotisations sociales, permet d'apprécier le caractère véritablement indemnitaire des versements opérés à l'occasion du départ d'un mandataire social, d'un dirigeant ou d'un salarié de droit commun.

De plus, il observe que cet article n'a aucun impact réel sur les comptes de la sécurité sociale pour 2000. Pour preuve, le Gouvernement n'a pas modifié, sur ce point, à l'article 6, les prévisions de recettes par catégorie.

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

Art. 2 B (nouveau)

Suppression du prélèvement sur la contribution sur les revenus du patrimoine perçue au profit des organismes de sécurité sociale

Objet : Cet article additionnel, résultant d'un amendement déposé par MM. Jean-Louis Debré, Philippe Douste-Blazy, José Rossi et les membres des groupes RPR, UDF et DL, vise à supprimer le prélèvement des services fiscaux sur le produit de la CSG sur les revenus du patrimoine perçue au profit des organismes de sécurité sociale.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** de cet article précise que le produit de la contribution sociale généralisée sur les revenus du patrimoine ne donne pas lieu à la déduction, par les services fiscaux, d'une retenue pour frais d'assiette et de perception.

Le **paragraphe II** de cet article est relatif au gage, qui n'a pas été levé par Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité.

En effet, le Gouvernement a donné un avis défavorable à cet amendement.

II - La position de votre commission

Lors de la première lecture du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, l'Assemblée nationale avait adopté un amendement identique, présenté alors par M. Alfred Recours, rapporteur pour les équilibres généraux de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales. Cet amendement avait été supprimé en deuxième délibération à l'initiative du Gouvernement.

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

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

Ce prélèvement ne repose sur aucune disposition du code de la sécurité sociale, mais sur le paragraphe III de l'article 1647 du code général des impôts : *« Pour frais de recouvrement, l'Etat effectue un prélèvement sur les cotisations perçues au profit des organismes de sécurité sociale soumis au contrôle de la Cour des comptes (...). Le taux de ce prélèvement et les modalités de remboursement sont fixés par arrêté du ministre de l'économie et des finances »*. Le *« taux de prélèvement pour frais d'assiette et de recouvrement opéré sur le produit des prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine recouverts pour le compte de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale »* a été fixé, par arrêté du 26 août 1998, à 0,5 %.

Votre commission estime que la rémunération d'un service public par un autre service public, dans le cadre d'activités relevant directement de sa mission, pose -de manière générale- un problème de principe. Elle ne souhaite pas trancher ce débat.

En revanche, elle considère que la perception par l'administration fiscale de frais d'assiette et de recouvrement au détriment des régimes de sécurité sociale n'est pas acceptable, alors même que l'Etat ne participe en aucune façon à la gestion d'un grand nombre de prestations versées en son nom par les administrations de sécurité sociale. Le coût de la gestion du RMI par les caisses d'allocations familiales a été ainsi évalué à 1 milliard de francs, sans qu'il y ait une quelconque participation de l'Etat aux frais de cette gestion. Le prélèvement de frais d'assiette et de recouvrement sur le produit de la CSG sur les revenus du patrimoine devrait s'établir à environ 100 millions de francs.

Cet article est ainsi un « article d'appel », visant à établir un bilan circonstancié de toutes les prestations versées par la sécurité sociale pour le compte de l'Etat et de tous les services de l'Etat assurés pour le compte de la sécurité sociale¹.

Du reste, cet article ne supprime pas tous les prélèvements opérés par les services fiscaux sur les impositions recouvrées pour le compte de la sécurité sociale. Les services fiscaux pourront continuer à déduire des frais de recouvrement sur la CSG sur les produits de placement, sur le prélèvement social de 2 % affecté à la CNAF et à la CNAVTS, ainsi que sur les droits des alcools, pour la seule partie affectée au FSV (55 % selon le droit en vigueur, 8 % selon le projet de loi).

¹ Cf. « Les lois de financement de la sécurité sociale : un acquis essentiel, un instrument perfectible », rapport de M. Charles Descours n°433 (1998-1999), p. 62.

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

Art. 2 C (nouveau)
**Augmentation du seuil de recouvrement de la CSG
sur les revenus du patrimoine**

Objet : Cet article additionnel, résultant de deux amendements identiques, l'un présenté par la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, l'autre par la commission des Finances, vise à relever le seuil de recouvrement de la CSG sur les revenus du patrimoine.

I - Le dispositif proposé

L'article 2 C modifie le III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale relatif à la CSG sur les revenus du patrimoine, en relevant de 160 à 400 francs le seuil minimal de perception, défini par le « montant total par article de rôle », ce qui représente une perte de recettes pour la sécurité sociale de 300 millions de francs.

II - La position de votre commission

Cet article tend à corriger pour partie l'effet de l'augmentation des prélèvements sur l'épargne décidés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (augmentation de la CSG maladie ; alignement de l'assiette du prélèvement 1 % CNAF et du prélèvement 1 % CNAVTS sur la CSG).

La taxation sociale de l'épargne est passée à 10 % :

CSG déductible	5,4
CSG non déductible	2,4
CRDS non déductible	0,5
Prélèvement social 2 % CNAF et CNAVTS non déductible	2,0
Total	10,0

Votre commission avait alors attiré l'attention du Gouvernement, en souhaitant retirer de l'assiette des prélèvements sociaux les produits d'épargne qui

lui semblaient mériter un traitement spécifique : les plans (ou comptes) d'épargne logement et les produits d'assurance vie.

La taxation sociale à 10 % de l'épargne a eu des effets financiers importants. Elle assujettit toute une population ne payant pas l'impôt sur le revenu : sur 5,7 millions de contribuables ayant été imposés au titre des trois prélèvements sociaux sur le capital (CSG revenus du patrimoine, CRDS, prélèvement social), 1,8 million d'entre eux ne sont pas imposables à l'impôt sur le revenu¹. Pour ces contribuables non imposables mais soumis aux prélèvements sociaux, les revenus du patrimoine se constituent principalement de revenus fonciers (49 % du total) et de revenus de capitaux mobiliers (45 %).

De petits épargnants, faisant une plus-value de 1.600 francs par an, peuvent être aujourd'hui taxés de 160 francs, le seuil de mise en recouvrement étant placé à cette somme. Déplacer le seuil de mise en recouvrement à 400 francs (il faudra réaliser une plus-value de 4.000 francs pour être imposable) est acceptable et va dans le sens d'une réduction du coût de ces taxations pour la collectivité.

Une autre solution pourrait être de prévoir un paiement fractionné, alors que les prélèvements sociaux doivent être acquittés aujourd'hui en un seul versement.

En revanche, toute réforme tendant à introduire une dose plus ou moins importante de progressivité dans la CSG serait mal venue. La CSG n'a pas, par définition, la même assiette que l'impôt sur le revenu. Il serait déraisonnable d'imaginer réunir les deux assiettes. La moitié des foyers fiscaux sont exonérés de l'impôt sur le revenu ; souhaite-t-on exonérer de CSG la moitié des Français ?

Il importe de ne pas oublier l'affectation et la finalité de la CSG : elle est l'une des sources de financement des organismes de sécurité sociale ; elle n'est pas affectée au budget de l'Etat et elle ne joue pas le rôle d'impôt sur le revenu « bis ». Il reste que le présent article est révélateur : dès lors que le taux d'un impôt augmente fortement la tentation est grande d'en atténuer les effets en introduisant, selon des règles complexes et pas toujours équitables des règles dérogatoires quant à son assiette.

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

¹ Rapport de la Cour des comptes 1999, p. 30.

Art. 2

**Création du fonds de financement de la réforme
des cotisations patronales de sécurité sociale**

Objet : Cet article vise à créer un fonds de financement, remboursant aux régimes de sécurité sociale une partie des allègements de charges existants ainsi que les aides pérennes accordées dans le cadre de loi relative à la réduction négociée du temps de travail.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** de cet article insère au titre III (Dispositions communes relatives au financement) du livre premier (Généralités - dispositions communes) du code de la sécurité sociale un chapitre premier quater intitulé « Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale » composé de sept articles.

L'article 131-8 dispose que le fonds a pour mission de compenser le coût de certaines exonérations de cotisations patronales aux régimes de base de la sécurité sociale. Ce « fonds de financement de la réforme des cotisations patronales » est un établissement public national à caractère administratif, doté d'un conseil d'administration, constitué de représentants de l'Etat, et d'un conseil de surveillance, comprenant des membres du Parlement et des représentants des partenaires sociaux. Un décret en Conseil d'Etat précise la composition de ces deux conseils, ainsi que les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.

L'article 131-8-1 énumère les dépenses du fonds. Ces dépenses sont les suivantes :

- les allègements de charges sociales prévus aux articles L. 241-13-1 et 711-13-1 du code de la sécurité sociale et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes (nouveau mécanisme d'allègements des charges sur les bas salaires réservé aux entreprises ayant conclu un accord collectif de réduction du temps de travail, décidé dans le cadre de l'article 12 du projet de loi sur la réduction négociée du temps de travail) ;

- l'aide visée à l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation à la réduction du temps de travail ;

- les allègements de charges sur les bas salaires déjà existants (« ristourne Juppé »), prévus aux articles L. 241-13 et L. 711-13 du code de la sécurité sociale et aux articles du code rural au titre des dispositions correspondantes ainsi qu'au IV de

l'article premier de la loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative aux mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale ;

- les frais de gestion administrative du fonds.

Pour les dépenses couvrant des allègements de charges, les versements se substituent à la compensation par le budget de l'Etat prévue à l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale.

L'article L. 131-8-2 définit les recettes du fonds. Celles-ci sont constituées par :

- une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs prévu à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de finances pour 2000. L'article 29 du projet de loi de finances prévoit que cette fraction est égale à 85,5 %, dans la limite de 39,5 milliards de francs ;

- la contribution sociale sur les bénéficiaires, dont la création est proposée à l'article 3 du projet de loi (art. 235 *ter* ZC du code général des impôts) ;

- la taxe générale sur les activités polluantes prévue à l'article 266 sexies du code des douanes, qui est augmentée par l'article 4 du projet de loi ;

- une contribution versée par les organismes gérant des régimes de protection sociale relevant du code de la sécurité sociale et du code rural, ainsi que par l'UNEDIC (art. L. 351-21 du code du travail) ;

- une contribution de l'Etat ;

- les produits non consommés de l'exercice précédent ;

- la contribution sur les heures supplémentaires créée par l'article 2 du projet de loi sur la réduction négociée du temps de travail, « *qui est affectée à la trésorerie du fonds, dans la limite de 10 % des dépenses de celui-ci.* »

L'article L. 131-8-3 est relatif au montant des contributions des organismes sociaux, dues au titre des « retours » dus aux 35 heures (*cf. exposé général*). Ce montant est fixé par voie de convention conclue entre l'Etat et chacun des organismes mentionnés. A défaut de signature d'une convention avant le 31 janvier 2000, la contribution de chacun des organismes est déterminée « *en fonction du surcroît de recettes et des économies de dépenses induits par la réduction du temps de travail* ». Les règles servant à calculer le montant et l'évolution de ces contributions sont définies par décret en Conseil d'Etat.

L'article L. 131-8-4 précise qu'en l'absence de dispositions conventionnelles, des arrêtés conjoints des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'emploi et du budget fixent le montant prévisionnel des contributions dues au

cours de l'exercice, montant qui peut être, le cas échéant, révisé en cours d'année, ainsi que le montant des régularisations dues au titre de l'exercice. Les contributions, versées au fonds au plus tard le 15 du deuxième mois de chaque trimestre, pour une fraction correspondant au quart du montant annuel, sont recouvrées directement par l'ACOSS.

L'article L. 131-8-5 prévoit que les frais d'assiette et de recouvrement des impôts, droits, taxes et contributions mentionnés à l'article L. 131-8-2 sont à la charge du fonds. Le montant de ces frais d'assiette et de recouvrement est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.

L'article L. 131-8-6 précise que les relations financières entre le fonds et les organismes de protection sociale, d'une part, et les relations financières entre le fonds et l'Etat font l'objet de conventions destinées notamment à garantir la neutralité en trésorerie des flux financiers pour les organismes de sécurité sociale.

Le **paragraphe II** de l'article 2 indique que les dispositions prévues entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2000. Il prévoit un mécanisme transitoire, jusqu'à la date de création du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales, où l'ACOSS joue le « rôle » du fonds pour suivre, dans des comptes spécifiques ouverts à cet effet, les produits affectés, à l'exception de la contribution sur les heures supplémentaires.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement rectifié de Mme Jacqueline Fraysse, complétant à l'article L. 138-1 les missions du fonds : ce dernier a pour but « *d'améliorer le financement de la sécurité sociale par la réforme des cotisations patronales* ». Elle a adopté un amendement de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, à l'initiative de M. Maxime Gremetz, précisant, par coordination avec la rédaction adoptée par l'Assemblée nationale pour l'article 20 nouveau du projet de loi relatif à la réduction négociée du temps de travail, que les partenaires sociaux représentés au Conseil de surveillance du fonds sont « *des représentants des organisations syndicales de salariés et des organisations d'employeurs les plus représentatives au plan national* ».

Un amendement de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales a précisé que les versements aux régimes de sécurité sociale se substituent à la compensation par le budget de l'Etat « *sous réserve que cette compensation est intégrale* ».

L'article L. 131-8-2 a été modifié à l'initiative du Gouvernement, en raison de l'absence de contribution des organismes sociaux. « Le fonds de financement de

la réforme des cotisations patronales » bénéficierait de 47 % des droits sur les alcools « 403 », soit environ 5,6 milliards de francs et de la contribution sur les heures supplémentaires, qui ne serait plus affectée « en trésorerie » (entre 4 et 9 milliards de francs). L'Assemblée nationale a précisé que la contribution de l'Etat était fixée « *dans les conditions fixées par la loi de finances* ».

L'Assemblée nationale a enfin adopté un amendement de M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des finances, précisant que « *les recettes et les dépenses doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale* ». Cet amendement a été sous-amendé par M. Alfred Recours, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, qui a apporté la précision que « *le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul* ».

L'amendement de M. Cahuzac laisse entendre que le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales est bien « *un organisme ayant pour mission de concourir au financement des régimes obligatoires de base de sécurité sociale* ». Ses comptes seraient présentés, en conséquence, par l'annexe f) des projets de loi de financement de la sécurité sociale, où l'on retrouve les comptes du FSV. En effet, l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, modifié par l'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, précise que « *les recettes et les dépenses du fonds de la première section [du FSV] doivent être équilibrés, dans des conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale* ».

Le sous-amendement de M. Alfred Recours semble contradictoire avec la disposition selon laquelle les produits non consommés de l'exercice précédent constituent une recette du fonds.

L'Assemblée nationale a supprimé les articles L. 131-8-3 et L. 131-8-4, relatifs aux contributions des organismes sociaux (*cf. exposé général*).

Elle a inséré un **paragraphe additionnel I bis** (nouveau) baissant la fraction des droits 403 affectée au FSV de 55 % à 8 %. La perte de recettes pour le FSV est de 5,6 milliards de francs.

Le **paragraphe II** a été complété par un alinéa indiquant que cette nouvelle répartition des droits sur les alcools était applicable aux versements effectués au profit du « Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales » et du Fonds de solidarité vieillesse à compter du 1^{er} janvier 2000.

III - La position de votre commission

Votre commission refuse le financement des 35 heures « imposées », car elle souhaite une réduction du temps de travail « négociée ».

Elle observe que le financement des 35 heures absorbe, en période de croissance forte, une grande partie de la marge de manoeuvre des finances publiques, qui aurait pu être affectée au désendettement.

Elle considère que l'extension de la ristourne Juppé était souhaitable à condition de ne pas être la compensation du surcoût imposé par les 35 heures. Elle estime que la fiscalité affectée à ce fonds (TGAP et CSB) -ne correspondant à aucune logique de financement de la protection sociale- représentera des prélèvements supplémentaires sur les entreprises. Elle observe que l'affectation des droits sur les alcools et sur les tabacs ne correspond à aucun « impératif de santé publique ». Elle note que la contribution sur les heures supplémentaires, défavorable aux salariés, est une recette qui doit s'éteindre au fur et à mesure de l'extension des 35 heures.

Le « fonds de financement de la réforme des cotisations patronales », outil de débudgétisation qui masque l'échec de la réforme des cotisations patronales et marque la confusion du Gouvernement entre le financement de la sécurité sociale et la politique de l'emploi, n'a pas de raison d'être (*cf. exposé général*).

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

Art. 3

Institution d'une contribution sociale sur les bénéfiques des sociétés (CSB)

Objet : Cet article institue une nouvelle imposition additionnelle à l'impôt sur les sociétés, dénommée « contribution sociale sur les bénéfiques » (CSB).

I - Le dispositif proposé

L'article 3 insère un article 235 *ter* ZC et un article 1668 D dans le code général des impôts.

Le I de l'article 235 *ter* ZC du code général des impôts prévoit que les redevables de l'impôt sur les sociétés ayant réalisé un chiffre d'affaires supérieur à 50 millions de francs sont assujettis à une contribution sociale égale à 3,3 % de cet impôt calculé sur leurs résultats imposables, correspondant diminué d'un abattement qui ne peut excéder 5 millions de francs par période de douze mois.

Le chiffre d'affaires pris en compte correspond au chiffre d'affaires réalisé par la société mère d'un groupe ou à la somme des chiffres d'affaires de chacune des sociétés membres de ce groupe. Une société faisant moins de 50 millions de chiffre d'affaires n'est exonérée que si son capital, entièrement libéré, est détenu de

manière continue pour 75 % au moins par des personnes physiques ou par une société détenue pour 75 % au moins par des personnes physiques. Ces conditions d'exonération sont identiques à celles existant pour la contribution temporaire d'impôt sur les sociétés instituée par la loi n° 97-1026 du 10 novembre 1997 portant mesures urgentes à caractère fiscal et financier.

Le II de l'article 235 *ter* ZC précise que, dans le cadre du régime d'intégration prévu par l'article 223 A du code général des impôts, la contribution sur l'impôt sur les sociétés est due par la société mère et qu'elle est assise sur l'impôt sur les sociétés afférent au résultat d'ensemble et à la plus-value nette d'ensemble du groupe.

Le III de l'article 235 *ter* ZC prévoit, pour les sociétés relevant du régime du bénéfice consolidé, que la CSB est calculée d'après le montant de l'impôt sur les sociétés qui aurait été dû en l'absence d'application de ce régime.

Le IV de l'article 235 *ter* ZC précise que le système de l'imputation « impôt sur impôt » n'est pas applicable à la CSB. Il n'est donc pas possible de procéder aux imputations afférentes aux revenus mobiliers (avoirs fiscaux). Les crédits d'impôt de toute nature ne s'appliquent pas. La créance de report en arrière des déficits (système du « carry back ») n'est pas davantage imputable. Il en est de même pour l'imposition forfaitaire annuelle des sociétés (IFA), exigible même en l'absence de bénéfices. La contribution est calculée sur l'impôt sur les sociétés brut.

Le V de l'article 235 *ter* ZC indique que la contribution est établie et contrôlée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties et sanctions.

Enfin, le VI de l'article 235 *ter* ZC renvoie la détermination de ses conditions d'application à un décret.

Le **paragraphe II** de cet article insère un article 1668 D dans le code général des impôts, relatif aux modalités de recouvrement.

La CSB est recouvrée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties. Elle est payée spontanément au Trésor public au plus tard à la date prévue pour le solde de liquidation de l'impôt sur les sociétés. En cas d'exercice clos le 31 décembre, le solde de cet impôt doit être versé avant le 15 avril de l'année suivante. Quatre acomptes doivent également être versés spontanément en cours d'exercice, pour un montant total égal à 3,3 % de l'impôt sur les sociétés calculé sur les résultats de l'exercice ou de la période qui précède puis minoré de l'abattement de 5 millions de francs, conformément aux taux fixés à l'article 235 *ter* ZC du code général des impôts.

La date d'exigibilité de ces acomptes varie en fonction de la date de clôture de l'exercice : pour un exercice de douze mois clos le 31 décembre, les acomptes doivent être payés les 15 mars, 15 juin, 15 septembre et 15 décembre de l'année.

L'entreprise peut réduire son versement à due concurrence si elle estime que la somme due à titre provisionnelle est supérieure à la contribution dont elle sera finalement redevable, en le déclarant au Trésor public.

Les modalités d'application de cet article 1668 D seront fixées par décret.

Enfin, le **paragraphe III** modifie l'article 213 du code général des impôts, pour préciser que la CSB n'est pas admise parmi les charges déductibles pour l'établissement de l'impôt sur les sociétés.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté deux amendements de précision présentés par M. Alfred Recours, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, tendant à prévoir des sanctions identiques à celles s'appliquant à l'impôt sur les sociétés.

III - La position de votre commission

Une contribution de 10 % sur l'impôt sur les sociétés (article 235 *ter* ZA) a été instituée par l'article premier de la loi n° 95-885 du 4 août 1995 de finances rectificative pour 1995.

Une contribution temporaire sur l'impôt sur les sociétés (art. 235 *ter* ZB) a été créée par la loi n° 97-1026 du 10 novembre 1997, dont le taux était de 15 % en 1997 et 1998 et de 10 % en 1999. Cette contribution ne concerne pas les « petites » entreprises, définies dans les conditions prévues par la recommandation de la Commission européenne du 3 avril 1996 concernant la définition des petites entreprises. Il s'agit des entreprises :

- dont le chiffre d'affaires n'excède pas 50 millions de francs de chiffre d'affaires ;

- et qui respectent le critère d'indépendance mesuré à l'aune de la propriété du capital ; sont ainsi considérées comme indépendantes les entreprises détenues à plus de 75 % par des personnes physiques.

Le Gouvernement va ainsi, la même année, supprimer la contribution temporaire sur l'impôt sur les sociétés, affecté au budget de l'Etat, mais rétablir une contribution permanente, affectée au fonds de financement de la réforme des cotisations patronales. Pour les entreprises redevables, le résultat est parfaitement identique, même si la destination change.

Le rendement de la CSB devrait représenter 4,25 milliards de francs en 2000 et concerner 4.000 entreprises. Mais le « plan de financement » de la réduction de charges liée au passage à 35 heures prévoit un rendement « à terme » de 12,5 milliards de francs.

Il sera donc nécessaire de relever le taux de cette contribution jusqu'à probablement 10 % ou alors baisser le chiffre d'affaires à partir duquel les entreprises en sont redevables.

Il serait faux de croire que ce dispositif ne va concerner que les très grandes entreprises. Des entreprises moyennes réalisent un chiffre d'affaires de plus de 50 millions de francs. Elles seront durement pénalisées par cette surtaxation de l'impôt sur les sociétés.

Certes, le Gouvernement indique que le système de l'abattement de 5 millions de francs sur le montant de l'impôt sur les sociétés perçu par entreprise aboutirait à exonérer 25.000 entreprises du paiement de la CSB. Mais rien n'indique que cet abattement soit pérenne.

L'affectation de cette CSB à un fonds, finançant pour la sécurité sociale un allègement de charges sociales, modifie profondément le concept de « sécurité sociale » et de son financement.

En effet, le Gouvernement présente cette réforme comme étant une réforme des cotisations patronales, voire même de l'assiette des cotisations patronales. Pourtant, il ne s'agit pas de prendre en compte un élément nouveau dans le calcul des cotisations patronales, mais de confirmer de manière permanente une imposition supplémentaire des entreprises en vue de financer une politique de l'emploi.

Prétendre que l'assiette des cotisations patronales est étendue « *aux bénéfiques des sociétés* » ou « *aux activités polluantes* » comme le fait le Gouvernement dans l'exposé des motifs de l'article 4 ci-après, conduirait à prétendre -au vu du fonctionnement du fonds de financement prévu à l'article 2- que cette assiette est étendue également au tabac, à l'alcool et... aux heures supplémentaires effectuées par les salariés.

Peut-on encore dans cette logique parler d'« assiette ».

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

Art. 4

Extension de la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP)

Objet : Cet article vise à étendre l'assiette et à relever certaines quotités de la taxe générale sur les activités polluantes (TGAP).

I - Le dispositif proposé

L'article 45 de la loi de finances pour 1999 a unifié cinq taxes affectées à l'Agence de l'environnement et la maîtrise de l'énergie (ADEME). Ces taxes frappent la mise en décharge de déchets ménagers, le stockage et l'élimination de déchets industriels spéciaux, la consommation d'huiles, la pollution industrielle de l'air et le bruit généré par le trafic aérien. La création de la TGAP avait pour objectif d'améliorer l'incitation à la protection de l'environnement (on parle d'« effet incitatif ») et de conférer au système préexistant une plus grande souplesse par la rupture du lien entre les recettes et les dépenses afférentes à chacun des objectifs visés par l'ADEME. La TGAP figure aux articles 266 sexies à 266 duodécies du code des douanes.

Par le A du **paragraphe I** du présent article, le Gouvernement propose de modifier l'article 266 sexies afin d'étendre la TGAP à trois nouvelles catégories de produits :

- les lessives, les préparations auxiliaires de lavage et les produits adoucissants ou assouplissants pour le linge ;

- les grains minéraux naturels d'un diamètre maximal de 125 millimètres, dits « granulats », granulats d'origine alluviale, granulats d'origine éruptive, granulats d'origine calcaire et granulats marins ;

- les produits antiparasitaires à usage agricole (antiseptiques, herbicides, produits d'assainissement, produits de culture contre les animaux nuisibles) et les produits assimilés. Il s'agit des produits « phytosanitaires ».

La taxe est due pour toute personne physique ou morale qui livre sur le marché intérieur ces produits après fabrication, après acquisition intra-communautaire ou qui met ces produits à la consommation en France.

La TGAP intégrerait désormais la taxe et la redevance sur les installations classées, instituées par l'article 17 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement. Les établissements industriels ou commerciaux et les établissements publics à caractère industriel ou commercial possédant des installations dangereuses ou polluantes sont assujettis à

une taxe unique perçue lors de toute autorisation d'ouverture, tandis qu'une redevance annuelle est perçue sur ceux de ces établissements qui, en raison de la nature ou du volume de leurs activités, font courir des risques particuliers à l'environnement.

Rendement attendu en 2000 des nouveaux éléments soumis à la TGAP

(en millions de francs)

Lessives	500
Granulats	200
Produits phytosanitaires	300
Installations classées	100
TOTAL	1.100

Le II de l'article 266 sexies est relatif aux conditions d'exonération. Une exonération spécifique est prévue pour les grains minéraux naturels d'un diamètre maximal de 125 millimètres (norme AFNOR) « *issus d'une opération de recyclage ou qui présentent une teneur sur produit sec d'au moins 97 % d'oxyde de silicium* ». L'exonération jouera pour les nouveaux produits affectés, lorsque la première livraison après fabrication nationale consiste en une expédition directe à destination d'un Etat membre de la Communauté européenne ou en une exportation. L'exonération jouera enfin pour les installations classées par les entreprises inscrites au répertoire des métiers.

Le B du I modifie l'article 266 septies du code des douanes, relatif au « fait générateur de la taxe ». Le fait générateur est, pour les trois catégories de produits concernés, la première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou la mise à la consommation. Pour les installations classées, le fait générateur est constitué par la délivrance de l'autorisation (taxe) ou l'exploitation au cours d'une année civile d'un établissement classé (redevance).

Il s'agit de l'application du mode de taxation appelé « accises », dans lequel les redevables sont les producteurs nationaux et les importateurs. Les accises sont liées à la consommation d'un produit. Les tarifs sont fixés en fonction d'une unité physique, comme le poids ou le volume. La directive n° 92/12 CEE du 25 février 1992 a fixé les règles communes relatives au régime fiscal des produits soumis à accises : alcools, tabacs.

Le C du I modifie l'article 266 octies du code des douanes, relatif à l'assiette. La TGAP sera assise sur le poids des lessives, des grains minéraux naturels et des substances classées dangereuses qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés.

Le D du I modifie l'article 266 nonies du code des douanes, qui fixe le montant de la TGAP à partir d'un tableau indiquant la désignation des matières, l'unité de perception et la quotité applicables.

Certains éléments déjà taxés voient se relever leur quotité : pollution atmosphérique et huiles usagées.

(en francs par tonne)

Matière ou opération imposable	Quotité 1999	Quotité 2000
Substances émises dans l'atmosphère		
Oxydes de soufre et autres composés soufrés	180	250
Acide chlorhydrique	180	250
Protoxyde d'azote	250	375
Oxydes d'azote et autres composés oxygénés de l'azote, à l'exception du protoxyde d'azote	-	300
Lubrifiants, huiles et préparations lubrifiantes	200	250

Le protoxyde d'azote, exclu en 1999, serait désormais davantage taxé que les oxydes d'azote.

Le rendement attendu du relèvement de ces quotités serait de 250 millions de francs.

Pour les préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage et produits adoucissants et assouplissants pour le linge, la quotité dépend de la teneur en phosphates, calculée en pourcentage du poids.

	Unité de perception	Quotité
Teneur en phosphates inférieure à 5 % du poids	Tonne	440
Teneur en phosphates comprise entre 5 % et 30 % du poids	Tonne	570
Teneur en phosphates supérieure à 30 % du poids	Tonne	700

Pour les grains minéraux naturels, la quotité est de 0,60 franc par tonne.

Les substances classées dangereuses qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole et des produits assimilés font l'objet d'une taxation variable, définie par « *leurs caractéristiques écotoxicologiques et toxicologiques* ».

Sur 900 substances ou molécules utilisées dans la composition des produits phytosanitaires, environ 300 sont classées dangereuses.

(en francs par tonne)

	Quotité
Catégorie 1	0
Catégorie 2	2.500
Catégorie 3	4.000
Catégorie 4	5.500
Catégorie 5	7.000
Catégorie 6	9.000
Catégorie 7	11.000

Il convient de se référer aux arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail pour connaître les caractéristiques écotoxicologiques et toxicologiques.

Sigles utilisés pour la taxation des produits phytosanitaires

(Ministère de l'aménagement du territoire et de l'environnement)

Pour l'écotoxicité :

R50 : très toxique pour les organismes aquatiques

R51 : toxique pour les organismes aquatiques

R52 : nocif pour les organismes aquatiques

R53 : peut entraîner des effets néfastes à long terme pour l'environnement aquatique

R54 : toxique pour la flore

R55 : toxique pour la faune

R56 : toxique pour les organismes du sol

R57 : toxique pour les abeilles

R58 : peut entraîner des effets néfastes à long terme pour l'environnement

R59 : dangereux pour la couche d'ozone

Actuellement, il n'existe pas encore de critères pour l'attribution des phrases en italique (R54 à R58) : un groupe de travail européen s'y attache actuellement ; ces phrases ne pourront donc pas être utilisées dans un premier temps.

Pour la toxicité :

Symboles de danger :

T+ : très toxique

T : toxique

Xn : nocif

Xi : irritant

C : corrosif
Phrases de risque à long terme :
R33 : danger d'effet cumulatif
R39 : danger d'effets irréversibles très graves
R40 : possibilité d'effets irréversibles
R45 : peut causer le cancer
R46 : peut causer des altérations génétiques héréditaires
R48 : risques d'effets graves pour la santé en cas d'exposition prolongée
R60 : peut altérer la fertilité
R61 : risque pendant la grossesse d'effets néfastes pour l'enfant
R62 : risque possible d'altération de la fertilité
R63 : risque possible pendant la grossesse d'effets néfastes pour l'enfant
R64 : risque possible pour les bébés nourris au lait maternel

Pour les installations classées, il est prévu qu'un décret en Conseil d'Etat fixe un coefficient multiplicateur, compris entre un et dix pour chacune des activités exercées dans les installations classées, en fonction de sa nature et de son volume. Le montant de la taxe est égal au produit de la multiplication du tarif de base par ce coefficient.

Montant de la TGAP pour l'exploitation des installations classées

	Tarif de base 1999	Tarif de base 2000	Coefficient multiplicateur
Exploitation au cours d'une année civile	1.800	2.200	1 à 10

En ce qui concerne la délivrance d'autorisation, elle varie suivant les entreprises :

Montant de la TGAP pour la délivrance d'autorisation

	1999	2000
Artisans n'employant pas plus de deux salariés	2.400	2.900
Autres entreprises inscrites au répertoire des métiers	5.780	7.000
Autres entreprises	12.000	14.600

Le E du I modifie l'article 266 decies du code des douanes, en ajoutant à la liste des produits donnant lieu au remboursement de la TGAP les lessives, les granulats et les produits antiparasitaires à usage agricole, lorsque ces produits sont expédiés à destination d'un Etat membre de la communauté européenne ou exportés.

Le F du I crée un article 266 terdecies au code des douanes, visant à prévoir des conditions spéciales de recouvrement pour la part de la TGAP assise sur la délivrance de l'autorisation et sur l'exploitation des installations classées. Les services chargés de l'inspection des installations classées contrôlent, liquident et recouvrent cette part de TGAP, contrairement aux autres éléments soumis à la TGAP, recouverts selon les règles du code des douanes (compétence de la DGDDI).

Les services chargés de l'inspection des installations classées dressent la liste des redevables, fixent le montant de la taxe. L'intérêt de retard est fixé à 0,75 % du montant des sommes restant dues.

Le **paragraphe II** de l'article 4 abroge l'article 17 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement.

Le **paragraphe III** fixe la date d'entrée en vigueur du texte au 1^{er} janvier 2000.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

Le débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale n'est pas le seul à prendre en compte. En effet, l'Assemblée nationale a adopté un article additionnel au projet de loi de finances pour 2000, l'article 27 bis, précisant qu'à compter du 1^{er} janvier 2000, *« la taxe prévue aux articles 266 sexies à 266 duodecies du code des douanes cesse de constituer une ressource de l'Etat, pour être affectée, conformément à l'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 n° du , au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale créé par ce même article »*.

Après une discussion très longue, l'Assemblée nationale a retenu un seul amendement, présenté par M. Jean-Claude Bateaux et retenu par la commission, visant à réduire l'écart de taxation entre les lessives phosphatées et les lessives non phosphatées.

Cet amendement, adopté malgré l'avis défavorable du Gouvernement, a relevé la taxation minimale (470 francs contre 440 francs) et abaissé les taxes maximales (520 francs et 570 francs contre 570 francs et 700 francs).

Le « coût » de cet amendement serait de 60 millions de francs, selon M. Christian Sautter.

III - La position de votre commission

Lorsque la TGAP, « écotaxe » à la française, a été créée, il s'agissait, dans l'esprit du Gouvernement, « *d'assurer une plus grande cohérence dans le financement de sa politique de protection de l'environnement* »¹. Cette mesure devait permettre « *au ministère de l'environnement d'assurer pleinement son rôle dans la politique environnementale en France* ».

L'ADEME, jusqu'alors bénéficiaires de ces taxes, a été « indemnisée » par l'attribution de subventions dont les règles sont définies par le contrat pluriannuel liant l'Etat à l'ADEME.

Le rendement de la TGAP devrait être de 1,9 milliard de francs en 1999. Il serait de 3,25 milliards de francs en 2000.

TGAP actuelle	1.900
Extension assiette	1.100
Relèvement quotités	250
Total	3.250

Le Gouvernement a annoncé, le 20 mai 1999, que la TGAP serait élargie à la prévention des pollutions globales, au premier chef celles qui conduisent à l'émission de gaz à effet de serre. En effet, la France s'est engagée, dans le cadre du protocole de Kyoto adopté en décembre 1997, à stabiliser en 2010 ses émissions au niveau atteint en 1990. Mais le Gouvernement a décidé que l'extension aux consommations intermédiaires d'énergie de la TGAP ne rentrerait en application qu'à compter du 1^{er} janvier 2001. Un livre blanc a été diffusé, présentant les orientations retenues par le Gouvernement.

Entre le vote de la loi de finances pour 1999 et l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, le financement des 35 heures est devenu une priorité pour le Gouvernement.

Il a ainsi décidé d'affecter cette TGAP à ce financement, construisant une nouvelle argumentation, le « double dividende » : « *instrument d'incitation et de prévention, la TGAP, élargie aux consommations intermédiaires d'énergie, permet, aux côtés du premier dividende qu'elle procure -le dividende pour l'environnement- d'allouer les ressources dégagées au service d'un second dividende, le dividende pour l'emploi.* »

¹ Dossier de presse du projet de loi de finances pour 1999, dispositions fiscales, p. 47.

Votre rapporteur n'est pas un spécialiste de la fiscalité écologique. Il ne souhaite pas se prononcer sur la pertinence sur l'opportunité d'élever la TGAP, d'étendre son assiette et ses quotités. Il avoue son incompetence à discuter de l'opportunité de fixer à 96, 97 ou 98 % le pourcentage¹ d'oxyde de silicium nécessaire aux granulats « sur produit sec » pour échapper à la TGAP.

Il se borne à évoquer les réactions des producteurs de lessives, expliquant que les lessives phosphatées sont moins nocives pour l'environnement que les lessives non phosphatées, et du monde agricole, qui regrette que cette taxe sur les produits phytosanitaires réduise à néant les efforts engagés sur une démarche volontaire pour limiter les pollutions agricoles ; pourquoi la concertation dont se prévaut le Gouvernement pour les consommations intermédiaires d'énergie n'a-t-elle pas eu lieu avec les lessiviers et le monde agricole ?

Le rendement attendu dès 2001 de la TGAP serait de 12,5 milliards de francs.

L'argument d'une « fiscalité européenne » de l'énergie n'est pas opératoire. Trois projets de directive ont été proposés en 1992, 1995 puis plus récemment en 1997. L'adoption de ces textes nécessite l'unanimité des Etats membres, comme c'est actuellement la règle en matière de fiscalité. Cette unanimité n'a pas pu être trouvée sur les deux premiers projets qui ont par conséquent dû être abandonnés. Le dernier projet envisage une extension du régime de taxation appliqué aux carburants à l'ensemble des produits énergétiques, c'est-à-dire les combustibles (gaz, charbon, ...) et l'électricité. La France, comme la majorité des Etats membres, souhaite l'adoption rapide d'une directive, comme le Gouvernement l'a rappelé dans un mémorandum adressé à l'ensemble des Etats membres.

La France, qui assurera la présidence de l'Union européenne à partir du 1^{er} juillet 2000, préjuge ainsi, en affectant la TGAP à un fonds d'allègements de charges sociales, du destin d'une telle taxe. A priori, une écotaxe doit normalement financer des opérations de dépollution ou des programmes de reconversion.

Vouloir affecter une recette pérenne de 12,5 milliards de francs, quelle que soit la pollution réellement constatée, semble étrange. Si la pollution diminue, il apparaît logique que le montant de la TGAP diminue également.

Votre rapporteur constate que l'affectation de cette taxe au financement de la « sécurité sociale », dans le concept étendu et vague qu'en a le Gouvernement, est contraire aux orientations dégagées un an auparavant par le même Gouvernement.

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

¹ M. Christian Sautter a indiqué à l'Assemblée nationale que ce taux était déjà précisé par le code général des impôts ; certes, mais quelle est sa justification scientifique ?

Art. 4 bis (nouveau)

Exonération partielle de cotisations sociales pour les jeunes agriculteurs

Objet : *Cet article, résultant d'un amendement de M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des Finances, vise à relever les taux de réduction pour les jeunes agriculteurs et en reportant l'âge limite pour en bénéficier à 40 ans.*

I - Le dispositif proposé

Les jeunes agriculteurs bénéficient, depuis un décret de 1985, d'une exonération partielle des cotisations sociales : 50 % pour la première année, 40 % pour la seconde et 20 % pour la troisième.

L'article 4 bis tend à inscrire cette exonération dans un texte législatif, sans pour autant adopter cette disposition dans le code rural.

Le premier alinéa définit les conditions générales de l'exonération de cotisations accordée aux jeunes agriculteurs, en relevant notamment la limite d'âge de 35 à 40 ans, un décret déterminant les dérogations pouvant être apportées à ces limites d'âge.

Le second alinéa précise le taux d'exonération : 65 % la première année (au lieu de 50 %), 55 % la seconde année (au lieu de 40 %) et 35 % la troisième année (au lieu de 20 %).

II - La position de votre commission

Votre rapporteur souhaite rappeler qu'à l'occasion de la discussion de la loi d'orientation agricole, M. Dominique Leclerc, rapporteur pour avis, avait proposé un amendement quasiment identique¹, adopté par le Sénat, sur avis défavorable du Gouvernement. M. Jean Glavany, ministre de l'agriculture et de la pêche, indiquait ainsi² : « Une modification des taux relève du domaine réglementaire et non du domaine de la loi. Enfin, le fait d'introduire une telle modification dans la loi nécessiterait une nouvelle loi pour modifier à nouveau ultérieurement les taux. Il ne me paraît pas de bonne méthode de rigidifier ainsi le système ! ».

¹ Notre excellent collègue M. Leclerc n'était pas aussi généreux que M. Cahuzac, car il ne prévoyait pas de relever l'âge pour bénéficier de cette exonération.

² JO Débats Sénat, séance du 27 janvier 1999.

Cette disposition n'a finalement pas été retenue dans le texte définitif de la loi d'orientation agricole. On peut dès lors s'interroger sur la méthode consistant à refuser une telle disposition dans le cadre naturel que constituait la loi d'orientation agricole, pour l'accepter ensuite lors de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, moins de neuf mois après.

Sur le fond, la baisse de 5,5 points de cotisations maladie, intervenue à partir du 1^{er} janvier 1998, en compensation de l'augmentation de 4,1 points de CSG, a eu pour conséquence de réduire l'avantage relatif dont bénéficient les jeunes agriculteurs par rapport aux autres catégories d'exploitants. En effet, la CSG ne fait pas l'objet d'exonérations.

La majoration des taux d'exonérations vise simplement à revenir à la situation antérieure à 1998. Au moment où le Gouvernement déclare vouloir favoriser l'installation des jeunes agriculteurs, il apparaît utile de diminuer leurs charges sociales. S'agissant d'un dispositif d'exonérations d'importance, il apparaît logique que le législateur en détermine lui-même les taux.

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

Art. 5

Modifications des règles de répartition entre la CSG et des droits sur les alcools entre les régimes d'assurance maladie

Objet : Cet article vise à modifier les règles qui organisent les opérations de répartition du produit de la CSG maladie et des droits sur les alcools entre les régimes d'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

Le montant des impositions dont le présent article modifie les règles de répartition a atteint plus de 250 milliards de francs.

	1998	1999	2000
Droits 403 maladie	4.758	4.805	4.853
CSG maladie	208.300	236.900	245.300
Total	213.058	241.705	250.153

Source : CCSS septembre 1999, p. 41.

Les règles existantes de répartition de la CSG maladie et des droits sur les alcools sont complexes.

Comme l'indiquait en juin dernier votre rapporteur, « *le mécanisme de répartition de la CSG semble être un modèle de complexité jamais atteint auparavant.* »¹.

La Cour des comptes a mis en lumière la complexité de ce mécanisme². Les règles de cette répartition sont fixées par l'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale. Cette répartition a lieu en deux temps :

- la première répartition a pour objet de compenser exactement, pour chaque régime d'assurance maladie, la perte de ressources résultant de la diminution des taux de cotisation d'assurance maladie au 1^{er} janvier 1997 ; l'article R. 139-1 en fixe le mode de calcul : « *la répartition prévue au 1^o de l'article L. 139-2 est effectuée au prorata et dans la limite de la perte des cotisations d'assurance maladie induite pour chacun des régimes, au cours de l'exercice considéré, par la diminution des taux de cotisation d'assurance maladie applicable aux revenus perçus ou versés à compter du 1^{er} janvier 1997. La perte des cotisations est égale au produit du montant correspondant aux cotisations effectivement encaissées au cours de l'exercice, rapportées aux taux de cotisation applicables pour chaque catégorie de cotisation, par la diminution de taux appliquée à chacune des catégories de cotisations au 1^{er} janvier 1997, en application de la substitution de contribution mentionnée à l'article L. 139-2.* ». Il est nécessaire d'estimer les pertes de recettes consécutives à la baisse de la cotisation maladie, ce qui suppose une bonne connaissance de l'assiette de chaque régime par catégorie de cotisants. Il convient de réévaluer, à partir de l'année de référence (1996), le montant des cotisations qu'auraient normalement dû recevoir les différents régimes.

- la seconde répartition est effectuée « *au prorata des déficits comptables de l'exercice considéré* ». La CNAMTS est prioritaire, suivie de la CANAM (régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés non agricoles). Il est alors nécessaire d'anticiper les déficits du régime général et de la CANAM, ce qui pose par définition des problèmes d'évaluation.

Pour les deux mécanismes de répartition, il a été nécessaire de mettre en place un système d'acomptes et de régularisations complexe et peu lisible.

Par exemple, la CSG préaffectée en 1999 à la CANAM (16,2 milliards de francs) -comme la CNAMTS devait être à l'équilibre- a été trop importante. En 2000, la CANAM devrait bénéficier ainsi d'un moindre rendement de CSG (10,7

¹ « *Les lois de financement de la sécurité sociale : un acquis essentiel, un instrument perfectible* », rapport n° 433 (1998- 1999), p. 56.

² *Rapport 1998 de la Cour des comptes*, p. 79-83.

milliards de francs) et, par voie de conséquence, d'une plus grande affectation de C3S (8,4 milliards de francs en 2000 contre 2 milliards de francs en 1999).

En substituant de la CSG à des cotisations maladie, des cotisations à base professionnelle (les recettes de chaque régime sont proportionnelles aux revenus des cotisants de ce régime) sont remplacées par un prélèvement global sur la quasi-totalité des revenus au sein duquel on ne peut évidemment plus distinguer ce qui provient de salariés du secteur privé, d'agents de la fonction publique, d'entreprises nationales, de professions indépendantes.

Cependant, la recette a été reprofessionnalisée en calculant ce qu'aurait été le produit des cotisations en l'absence de substitution.

Les règles de répartition édictées en 1997, lorsque la CSG maladie ne représentait qu'environ 40 milliards de francs, n'ont plus été satisfaisantes à partir du moment où cette contribution s'élève à plus de 240 milliards de francs.

Le système actuel est particulièrement pénalisant pour accélérer les délais de remise des comptes sociaux ; en effet, en quelque sorte, des recettes de la sécurité sociale sont déterminées par l'évolution des dépenses.

Le **paragraphe I** de l'article 5 vise à réécrire l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale. L'ACOSS serait toujours chargée de centraliser le produit de la CSG maladie et de la répartition entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.

Chaque régime, en dehors de la CNAMTS, recevrait un montant égal à celui perçu en 1998, tant au titre de la CSG que des droits sur les alcools, corrigé de l'impact sur douze mois de la revalorisation du taux de la CSG intervenue au 1^{er} janvier 1998. Cette correction est nécessaire ; en effet, l'augmentation de la CSG maladie et la diminution simultanée des taux de cotisations n'ont eu d'effet financier, pour les régimes de salariés que sur onze mois de l'année compte tenu du décalage entre le paiement des salaires et celui des cotisations (les salaires versés fin décembre 1997 ont donné lieu en janvier 1998 à des versements de cotisations et de CSG aux anciens taux). L'effet plein de la substitution ne s'est ainsi « révélé » qu'en 1999, où elle a porté sur les douze mois de l'année¹.

Les montants perçus en 1998 par les régimes d'assurance maladie, calculés sur l'année entière, seraient réactualisés chaque année en fonction de l'évolution de l'assiette de la CSG. Un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale fixerait ces montants, ainsi que les modalités de versement, après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

¹ Ce qui explique le bilan financier décevant de la substitution en 1998 (cf. exposé général).

Cette commission aurait pour mission de dresser, au terme d'un délai de cinq ans, un bilan de l'application des présentes dispositions. Le bilan, accompagné le cas échéant, de nouvelles propositions relatives aux modalités de calcul des montants versés par chaque régime, serait présenté au Parlement.

La Caisse nationale d'assurance maladie recevrait le solde de CSG. Le système est « favorable » aux régimes d'assurance maladie autres que la CNAMTS dans le sens où ils sont « sûrs » du montant des versements.

La CNAMTS assume le risque d'un moindre rendement de CSG ; en parallèle, elle bénéficie « à plein » d'une meilleure conjoncture que prévu.

Le **paragraphe II** affecte à la seule CNAMTS la fraction des droits sur les alcools¹ affectés aux régimes d'assurance maladie (40 %). L'article 11 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la couverture maladie universelle avait déjà prévu une affectation spécifique à la CNAMTS de 5 % des droits sur les alcools². Les droits sur les alcools seraient ainsi répartis entre le Fonds de solidarité vieillesse (8 %), le « Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales » (47 %) et la CNAMTS (45 %).

Le **paragraphe III** modifie en conséquence le code de la sécurité sociale, en abrogeant l'article L. 139-2 (mode actuel de répartition de la CSG) et en opérant un toilettage des dispositions affectant à la CANAM et aux régimes spéciaux une fraction des droits sur les alcools.

Le **paragraphe IV** modifie le code rural, en supprimant les dispositions affectant au régime agricole une fraction des droits sur les alcools.

Le **paragraphe V** précise que les dispositions du présent article sont applicables à compter de la répartition effectuée au titre de l'année 2000.

II - Les modifications adoptées à l'Assemblée nationale

Après avoir envisagé, à l'initiative de M. Bernard Accoyer, que le président de la commission de la répartition de la CSG soit le président de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales de l'Assemblée nationale, M. Claude Evin, rapporteur, a finalement appelé à voter contre cet amendement, pourtant adopté par la commission.

L'Assemblée nationale a adopté trois amendements rédactionnels.

¹ Les seuls « droits 403 ».

² En sus de 85 % des 40 % existants.

III - La position de votre commission

Votre rapporteur, qui avait appelé à une simplification du mode de répartition de la CSG, ne peut que se féliciter de la présence de cet article dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000.

Pour autant, le dispositif technique proposé mérite examen. Pour simplifier le système très complexe, et pour ne pas pénaliser les différents régimes, l'article 5 propose un mécanisme qui se fonderait sur des « résultats » (ceux de l'année 1998), actualisés en fonction de deux facteurs, le rendement de la CSG et les évolutions démographiques.

Selon le Gouvernement, les régimes d'assurance maladie ne devraient pas voir le rendement de CSG diminuer : le système serait « neutre » entre l'ancienne répartition et la nouvelle répartition.

Pourtant, la lecture des pages 41 à 46 du rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale invite à un certain scepticisme.

En prenant en compte la régularisation au titre de 1999 sur les montants de CSG et de droits sur les alcools intervenant sur 2000, et en disposant de « l'estimation indicative » faite par la Direction de la sécurité sociale¹ on obtient, en effet, le tableau suivant composé de deux colonnes (à gauche, la répartition CSG alcools selon les règles existantes ; à droite la nouvelle répartition proposée) :

	CSG + droits sur alcools ancien système	CSG nouveau système proposé
CNAM	220.065	216.888
Autres régimes	30.045	33.516
<i>Salariés agricoles</i>	<i>5.731</i>	<i>5.668</i>
CNMSS	3.868	3.942
<i>Mines</i>	<i>968</i>	<i>894</i>
<i>SNCF</i>	<i>2.491</i>	<i>2.672</i>
<i>RATP</i>	<i>470</i>	<i>478</i>
<i>ENIM</i>	<i>320</i>	<i>372</i>
<i>CRPCEN</i>	<i>382</i>	<i>471</i>
<i>Banque de France</i>	<i>163</i>	<i>203</i>
<i>Exploitants agricoles</i>	<i>4.548</i>	<i>4.793</i>

¹ Citée par le rapport de M. Alfred Recours, n°1876, p. 127.

<i>CANAM</i>	<i>10.930</i>	<i>13.827</i>
<i>CAMAC</i>	<i>139</i>	<i>155</i>
<i>CCIP</i>	<i>31</i>	<i>37</i>
<i>Port aut. de Bordeaux</i>	<i>4</i>	<i>4</i>
TOTAL	250.110	250.404

Source : DSS -6 A

D'une part, le système semble loin d'être identique pour la CNAMTS et la CANAM ; d'autre part, le total entre l'ancien et le nouveau système n'est pas tout à fait identique.

En fait, les régularisations prévues au titre de l'année 1999 s'effectueront bien sur l'exercice 2000, comme l'indique implicitement le paragraphe V.

Dans ce cas, les deux mécanismes sont un peu près comparables :

	CSG + droits sur alcools ancien système (hors régularisations)	CSG nouveau système proposé
<i>CNAM</i>	<i>216.888</i>	<i>216.888</i>
<i>Autres régimes</i>	<i>33.222</i>	<i>33.516</i>
<i>Salariés agricoles</i>	<i>5.708</i>	<i>5.668</i>
<i>CNMSS</i>	<i>3.994</i>	<i>3.942</i>
<i>Mines</i>	<i>819</i>	<i>894</i>
<i>SNCF</i>	<i>2.619</i>	<i>2.672</i>
<i>RATP</i>	<i>471</i>	<i>478</i>
<i>ENIM</i>	<i>361</i>	<i>372</i>
<i>CRPCEN</i>	<i>476</i>	<i>471</i>
<i>Banque de France</i>	<i>196</i>	<i>203</i>
<i>Exploitants agricoles</i>	<i>4.731</i>	<i>4.793</i>
<i>CANAM</i>	<i>13.781</i>	<i>13.827</i>
<i>CAMAC</i>	<i>139</i>	<i>155</i>
<i>CCIP</i>	<i>38</i>	<i>37</i>
<i>Port aut. de Bordeaux</i>	<i>4</i>	<i>4</i>
TOTAL	250.110	250.404

Source : DSS -6 A

Devant ce « brouillard », votre commission s'interroge sur la faisabilité d'une règle plus simple, consistant à fixer dans la loi la clef de répartition de CSG

entre les régimes. Un « tableau » de répartition, aujourd'hui fixé par arrêté, déterminerait la répartition de CSG pour les régimes d'assurance maladie. Le système aurait l'avantage d'être tout à fait transparent. La clef serait modifiée, en tenant compte de l'avis des régimes présents au sein de la commission de répartition de la CSG et des évolutions de chacun de ces régimes.

De plus, le mécanisme proposé par le Gouvernement n'est pas satisfaisant, car il mélange l'affectation de deux flux financiers : la CSG et les droits sur les alcools.

Lors de la première substitution, en 1997, comme les pertes de cotisations étaient supérieures au rendement attendu de la CSG, ces droits sur les alcools ont été « ajoutés ».

Mais désormais, comme la CSG est « montée en puissance », ces deux recettes doivent être séparées, pour des raisons de transparence et de lisibilité.

En ce qui concerne la CSG, il peut apparaître légitime qu'un montant important soit affecté à la CNAMTS, après compensation aux différents régimes des pertes de cotisations, en raison notamment des charges spécifiques grevant le régime d'assurance maladie le plus important. Il suffit de penser au financement de la couverture maladie universelle.

Mais pour les droits sur les alcools, la justification de cette imposition aux régimes d'assurance maladie est bien, théoriquement, de compenser pour chaque régime les ravages, en termes de santé publique, de l'alcoolisme.

Votre commission vous propose de conserver la répartition actuelle des droits sur les alcools (40 % régimes d'assurance maladie, 5 % CNAMTS, 55 % FSV), certes très complexe, mais résultant d'un choix du Gouvernement opéré lors de la discussion de la loi portant création de la couverture maladie universelle.

Votre rapporteur vous propose ainsi de ne pas modifier l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, relatif à l'affectation des droits sur les alcools aux régimes obligatoires d'assurance maladie et de procéder à une nouvelle rédaction de l'article L. 139-2 du code de la sécurité sociale, permettant de scinder le flux financier lié à la CSG et le flux financier lié aux droits sur les alcools et de fixer dans la loi les pourcentages de répartition de la CSG maladie.

Votre rapporteur a tenté de trouver une solution simple, ne lésant dans la mesure du possible aucun régime d'assurance maladie.

Afin de disposer d'un système qui ne soit pas trop rigide, votre rapporteur vous propose une clef de répartition ne mentionnant que les cinq régimes d'assurance maladie bénéficiant de plus de 1 % de CSG. Pour les neuf autres régimes, le pouvoir réglementaire, après consultation de la commission de

répartition, pourra déterminer une répartition restant dans la limite de 1,982 % de CSG.

Régime	Clef
CNAMTS	87,000 %
Salariés agricoles	2,290 %
CNMSS	1,540 %
Exploitants agricoles	1,818 %
CANAM	5,370 %
Autres régimes	1,982 %
TOTAL	100 %

Le système donnerait en montants les résultats suivants pour l'année 2000 (sans tenir compte des régularisations au titre de l'année 1999) :

	Système proposé par la commission des Affaires sociales			CSG nouveau système proposé par le Gouvernement
	CSG	Droits alcools	Total CAS	
CNAM	213.374	4.272	217.646	216.888
Autres régimes	31.883	581	32.464	33.516
<i>Salariés agricoles</i>	<i>5.616</i>	<i>111</i>	<i>5.727</i>	<i>5.668</i>
<i>CNMSS</i>	<i>3.777</i>	<i>75</i>	<i>3.852</i>	<i>3.942</i>
<i>Mines</i>	<i>947</i>	<i>19</i>	<i>966</i>	<i>894</i>
<i>SNCF</i>	<i>2.443</i>	<i>48</i>	<i>2.491</i>	<i>2.672</i>
<i>RATP</i>	<i>461</i>	<i>9</i>	<i>470</i>	<i>478</i>
<i>ENIM</i>	<i>314</i>	<i>6</i>	<i>320</i>	<i>372</i>
<i>CRPCEN</i>	<i>368</i>	<i>7</i>	<i>375</i>	<i>471</i>
<i>Banque de France</i>	<i>159</i>	<i>3</i>	<i>162</i>	<i>203</i>
<i>Exploitants agricoles</i>	<i>4.459</i>	<i>88</i>	<i>4.547</i>	<i>4.793</i>
<i>CANAM</i>	<i>13.170</i>	<i>211</i>	<i>13.381</i>	<i>13.827</i>
<i>CAMAC</i>	<i>135</i>	<i>3</i>	<i>138</i>	<i>155</i>
<i>CCIP</i>	<i>29</i>	<i>1</i>	<i>30</i>	<i>37</i>
<i>Port aut. De</i>	<i>4</i>	<i>0</i>	<i>4</i>	<i>4</i>

<i>Bordeaux</i>				
TOTAL	245.257	4.853	250.110	250.404

Il apparaît ainsi relativement proche du système proposé par le Gouvernement. Si la prévision de CSG pour 2000 s'avère exacte, ce mécanisme sera favorable à la CNAMTS de 800 millions de francs.

Votre rapporteur ne considère pas avoir trouvé un système « parfait ». Il entend néanmoins montrer que cette question très technique cache des enjeux financiers considérables et souhaite des explications complémentaires de la part du Gouvernement.

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

Art. 5 bis (nouveau)

**Remise par le directeur de l'ORGANIC
des majorations de retard de la C3S**

Objet : Cet article, résultant d'un amendement de M. Alfred Recours, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, vise à permettre au directeur de l'ORGANIC de procéder à des remises partielles ou totales des majorations de retard de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés (C3S).

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** complète l'article L. 651-9 du code de la sécurité sociale par un alinéa précisant que les majorations de retard de la C3S peuvent faire l'objet d'une remise totale ou partielle décidée par le directeur de l'ORGANIC, organisme chargé du recouvrement de ladite C3S.

Le **paragraphe II** précise que les dispositions du présent article s'appliquent aux demandes de remises de majorations postérieures au 1^{er} janvier 2000.

Le **paragraphe III** dispose que les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.

II - La position de votre commission

Cet article correspond à une simplification administrative, demandée à de nombreuses reprises par l'ORGANIC et par le Médiateur. En effet, il est nécessaire aujourd'hui de saisir le tribunal des affaires sociales pour obtenir de telles remises de majorations, ce qui apparaît une procédure trop lourde.

Même si cette disposition est parfaitement justifiée, il convient de reconnaître que cet article n'a aucune conséquence financière sur les comptes des organismes de sécurité sociale et semble ainsi étranger au domaine des lois de financement. On pourra y observer un effet pervers de l'absence de projet de loi portant diverses mesures d'ordre social depuis bientôt quatre ans.

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

Article additionnel avant l'article 6

Affectation des résultats comptables des branches du régime général

Objet : Cet article additionnel tend à préciser l'affectation des résultats comptables des branches du régime général).

La loi du 25 juillet 1994 a réaffirmé *le principe de gestion commune de trésorerie* par l'Agence centrale des organismes de la sécurité sociale, mais a également prévu *une individualisation de la trésorerie des branches*, qui disposent ainsi d'intérêts créditeurs et débiteurs résultant de la gestion de trésorerie.

Lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, l'Assemblée nationale, suivant au pied de la lettre une recommandation de la Cour des comptes¹, a supprimé une disposition de l'article 2 de la loi du 25 juillet 1994, qui prévoyait la possibilité pour les conseils d'administration des caisses nationales de placer des « *éventuels excédents durables de trésorerie* ». Cette disposition n'était pas, il faut le reconnaître, d'une clarté absolue. Mais votre commission s'était opposée à cette suppression, qu'elle avait jugée pour le moins « prématurée ».

Aucune disposition du code de la sécurité sociale n'est prévue actuellement pour l'affectation des excédents comptables.

¹ *Rapport sur la sécurité sociale, p. 152.*

Votre commission constate que le Gouvernement met en place, dans la confusion et l'opacité, des mécanismes de transferts au détriment de la sécurité sociale dans son ensemble mais qui visent particulièrement la branche famille.

Aussi souhaite-t-elle, dans le respect de l'autonomie des branches de la sécurité sociale, que celles-ci bénéficient des excédents qu'elles créent (CNAF - CNAV) ou assument *a contrario* des dettes qu'elles génèrent (CNAM).

Il y va de la clarté dans laquelle doit se poursuivre le redressement des comptes sociaux et de la responsabilisation de chacun.

Dans le rapport annexé à la loi de financement pour 1998, le Gouvernement affirmait sa « *volonté de restructurer l'équilibre financier gravement compromis aujourd'hui de la branche famille* » et décidait la mise sous conditions de ressources des allocations familiales.

Le fait que la branche famille enregistre aujourd'hui des excédents n'a rien de surprenant : le contraire serait même étonnant dans un contexte de croissance.

Les réserves qu'elle peut accumuler aujourd'hui lui permettront demain d'éviter une nouvelle remise en cause des fondements de notre politique familiale.

De même, la branche vieillesse est dans l'œil du cyclone à la veille du choc démographique de 2005. Dans cette attente, il est sain qu'elle puisse constituer des réserves productives d'intérêts. Et il est prudent que ces réserves restent en son sein plutôt que de migrer vers un fonds de réserve dont les missions sont aussi incertaines.

A terme, si la sécurité sociale présente des excédents durables, au-delà des cycles conjoncturels, il importera d'ouvrir, dans la transparence et le respect des partenaires sociaux, un débat sur l'affectation de ces réserves : amélioration des prestations, diminution des prélèvements d'aujourd'hui ou encore remboursement anticipé de la dette sociale, c'est-à-dire diminution des prélèvements qui pèsent sur les générations à venir jusqu'en 2014.

Aussi votre commission propose-t-elle que chaque branche dispose d'une section comptable distincte de celle de ses opérations courantes, sur laquelle serait affecté le résultat comptable de l'exercice clos précédent. Un déficit d'une année pourrait être ainsi « financé » par un excédent d'une année suivante, selon le système de « stabilisateurs automatiques ».

En 1998, seule la branche accidents du travail a été excédentaire de 1,6 milliard de francs. Les déficits des branches vieillesse (- 0,2), famille (- 1,9) et maladie (- 15,9 milliards de francs) sont à financer, soit un total de 18 milliards de francs. La CADES n'ayant repris « que » 12 milliards de francs par anticipation, il reste ainsi 6 milliards de déficit supplémentaires, à répartir entre les trois branches.

En 1999, la branche maladie serait déficitaire de 12,1 milliards de francs. Les trois autres branches seraient à l'équilibre.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

Art. 6

Prévisions de recettes

Objet : Cet article présente, par catégorie, les ressources prévisionnelles pour 2000 de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale et des organismes créés pour concourir à leur financement.

I - Le dispositif proposé

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

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

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

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

- **Les cotisations fictives** correspondent au cas où l'employeur fournit directement des prestations sociales, sa contribution au financement de ces prestations étant ainsi appelée, conformément aux conventions de la comptabilité nationale. La mise en évidence de ces cotisations fictives permet de faire une analyse du financement de la sécurité sociale indépendamment de son organisation institutionnelle. Suivant cette définition, le financement de la protection sociale des fonctionnaires civils et militaires, des agents titulaires de la SNCF, de la RATP et de la Banque de France apparaît ainsi assuré tout à la fois par des cotisations effectives et fictives.

- **Les contributions publiques** sont des participations du budget de l'Etat à certains régimes de sécurité sociale pour leur permettre de combler un déficit ou pour financer certaines

charges supplémentaires. Ces contributions recouvrent pour l'essentiel les subventions d'équilibre versées à certains régimes spéciaux, et des remboursements de prestations (allocations aux adultes handicapés, par exemple). Elles sont prélevées sur l'ensemble des recettes fiscales et ne constituent pas des recettes affectées.

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

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

 - **ù compensations** : il s'agit de dispositifs assurant une solidarité financière totale ou partielle entre deux ou plusieurs régimes ;

 - **ù prises en charge de cotisations**, opérées par un régime au profit de ses bénéficiaires (il s'agit notamment des cotisations vieillesse des parents au foyer) ;

 - **ù prises en charge par un régime de prestations versées par un autre régime pour le compte du premier.**

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

Le projet de loi initial faisait apparaître une progression des recettes de 4,10 % par rapport aux prévisions et de 3,45 % par rapport aux réalisations (hors majoration de l'allocation de rentrée scolaire).

	LFSS 1999 (1)	LFSS 1999 (réal.) (2)	PLFSS 2000 (3)	Evolution (3)/(1)	Evolution (3)/(2)
Cotisations effectives	1062,9	1074,0	1106,6	4,11%	3,07%
<i>Cotisations patronales des salariés</i>	732,4	736,5	749	2,27%	1,70%
<i>Cotisations salariales des salariés</i>	193,9	195,8	203,1	4,74%	3,73%
<i>Cotisations des actifs non salariés</i>	62,8	63,1	64,5	2,71%	2,22%
<i>Cotisations des inactifs</i>	5,3	5	4,9	-7,55%	-2,00%
<i>Cotisations d'assurance personnelle</i>	1,2	1,4	1	-16,67%	-28,57%
<i>Cotisations prises en charge par l'Etat et le fonds RTT</i>	67,2	64,9	83,9	24,85%	29,28%
<i>Cotisations prises en charge par la sécurité sociale</i>	8,2	6,7	7,3	-10,98%	8,96%
Cotisations fictives	194,8	195	201,5	3,44%	3,33%
Contributions publiques	63,8	62,6	62,8	-1,57%	0,32%
Impôts et taxes affectés	438,7	439,7	461,8	5,27%	5,03%
Autres ressources	39,2	39,9	40,5	3,32%	1,50%
	1799,4	1811,2	1873,2	4,10%	3,45%

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'article 6 a été considérablement modifié par l'Assemblée nationale, à l'initiative du Gouvernement, en raison de la nécessité de reclasser le « *fonds de financement de la réforme des cotisations patronales* » parmi les organismes concourant au financement des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Les remboursements de cotisations ne seront pas dans la ligne « *cotisations effectives* » (sous-catégorie « *cotisations prises en charge* »), mais dans la ligne « *impôts et taxes* », dans le même ordre que le 1,3 point de CSG affecté au fonds de solidarité vieillesse.

La baisse des recettes n'est qu'apparente. En effet, la recette censée compenser l'absence de contributions des branches du régime général, les droits sur les alcools, faisait déjà partie des recettes de la sécurité sociale.

(en milliards de francs)

Catégorie de recettes	Montant PLFSS 2000 initial	Mesures adoptées à l'Assemblée nationale	Montant PLFSS 2000 corrigé
Cotisations effectives	1 106,6	- 63,6 - 0,1 (<i>exonération jeunes agriculteurs</i>) + 0,4 (<i>baisse moins importante des cotisations accidents du travail</i>) - 63,9 (<i>ristourne Juppé ; extension ristourne</i>)	1 043

		<i>Juppé; allègements 35 heures)</i>	
Cotisations fictives	201,5		201,5
Contributions publiques	62,8	+ 4,3 (« contribution Etat fonds financement »)	67,1
Impôts et taxes affectés	461,8	+ 53,8 + 0,1 suppression frais prélèvement CSG patrimoine - 0,3 relèvement seuil mise en recouvrement CSG patrimoine) + 54 (tabacs : 39,5, TGAP : 3,25, CSB : 4,25, taxe heures supplémentaires : 7)	515,6
Transferts reçus	4,7		4,7
Revenus des capitaux	1,7		1,7
Autres ressources	34,1		34,1
Total des recettes	1 873,2		1 867,7

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose, en coordination avec les amendements adoptés aux précédents articles, d'adopter les prévisions de recettes suivantes :

(en milliards de francs)

	PLFSS 2000 modifié		PLFSS 2000 C.A.S.
Cotisations effectives	1.043,0	+ 43,8	1.086,8
Cotisations fictives	201,5	-	201,5
Contributions publiques	67,1	4,3	62,8
Impôts et taxes affectés	515,6	- 54 (tabacs : 39,5 ; CSB : 3,25 ; TGAP : 4,25 ; taxe heures sup. : 7)	461,6
Transferts reçus	4,7	-	4,7
Revenus des capitaux	1,7	-	1,7
Autres ressources	34,1	-	34,1
	1.867,7	- 14,5	1.853,2

Elle supprime la « fiscalité » affectée supplémentaire, elle réintroduit la « ristourne Juppé » dans la ligne « cotisations effectives » (au titre des cotisations prises en charge).

Concernant les 4,3 milliards de francs correspondant à la contribution de l'Etat au fonds de financement, votre commission constate qu'il s'agit en réalité d'une ligne budgétaire du projet de loi de finances pour 2000 (*art. 20 du chapitre 44-77 du budget de l'emploi*) dénommée « *Exonération de cotisations sociales au titre de l'incitation à la réduction du temps de travail (loi du 13 juin 1998)* ».

Votre commission choisit de l'inscrire, non en contributions publiques, c'est-à-dire en versement au fonds de financement, mais en cotisations effectives (cotisations prises en charge) au même titre que la ristourne Juppé.

Cette diminution des prélèvements de 14,5 milliards de francs correspond à la suppression de la CSB, de l'affectation de la TGAP majorée et de la taxation des heures supplémentaires liées au financement du projet de loi 35 heures.

Pour le reste, il s'agit de la rebudgétisation de la ristourne Juppé et des recettes tabacs qui lui sont liées.

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

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

Section 1
-
Branche famille

Art. 7
Revalorisation des prestations familiales

Objet : Cet article détermine les règles de revalorisation de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF)

I - Le dispositif proposé

Les prestations familiales, à l'exception des aides au logement, de l'allocation de garde d'enfant à domicile (AGED) et de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) hors majoration, sont calculées en fonction d'un pourcentage de la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF).

L'article 36 de la loi du 25 juillet 1994 relative à la famille prévoyait, pour une période allant du 1^{er} janvier 1995 au 31 décembre 1999, que la BMAF serait revalorisée « *une ou plusieurs fois par an conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique et financier annexé au projet de loi de finances pour l'année civile à venir* ».

Le second alinéa de cet article précisait cependant que « *si l'évolution constatée des prix à la consommation hors tabac est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement destiné à assurer pour l'année civile suivante une évolution des bases mensuelles conforme à l'évolution des prix à la consommation hors tabac* ».

Le I du présent article confère un caractère pérenne à ce dispositif qui remplace désormais à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale les dispositions en vigueur avant 1995. La rédaction retenue est identique à celle figurant dans la loi de 1994 : elle prévoit une possibilité d'ajustement positif ou négatif en fonction de l'évolution observée des prix l'année précédente. Lors de ces dernières années, l'évolution observée des prix a été systématiquement inférieure à l'évolution prévisionnelle : l'ajustement a donc toujours été négatif.

Ce mécanisme a donné lieu à une revalorisation de :

- 1,1 % au 1^{er} janvier 1998, compte tenu d'une hypothèse prévisionnelle d'évolution des prix hors tabac de 1,3 % et de la révision à la baisse de la prévision pour 1997 (1,1 % au lieu de 1,3 % initialement prévu) ;

- 0,71 % au 1^{er} janvier 1999, compte tenu d'une évolution prévisionnelle des prix hors tabac de 1,2 % et de la révision à la baisse de la prévision pour 1998 (0,8 % au lieu de 1,3 %).

Le II prévoit que le mécanisme défini au I entre en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2000.

En application de cette disposition, la revalorisation de la BMAF serait donc de 0,2 % au 1^{er} janvier 2000, compte tenu d'une évolution prévisionnelle des prix de 0,9 % et d'une nouvelle révision à la baisse de la prévision pour 1999 (0,5 % au lieu de 1,2 %).

Le Gouvernement, « *souhaitant en 2000 faire participer les familles à la croissance* », propose de majorer de 0,3 point la revalorisation telle qu'elle découle des règles du I. Grâce à ce « coup de pouce », la revalorisation sera donc finalement de 0,5 % au 1^{er} janvier 2000.

Cette majoration exceptionnelle se traduira par une augmentation des dépenses de la branche famille de 340 millions de francs en 2000¹.

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

II - La position de votre commission

Le dispositif de revalorisation de la BMAF institué en 1994 a permis de garantir aux familles une évolution des prestations familiales au moins égale à celle des prix. Il laisse en outre au Gouvernement la possibilité de donner un « coup de

¹ On rappellera qu'un point de revalorisation de la BMAF équivaut à 1,4 milliards de francs de dépenses pour la branche famille.

pouce » à la BMAF, afin de faire bénéficier les familles d'un gain de pouvoir d'achat.

Votre commission est donc favorable à sa reconduction. Elle remarque cependant que des mécanismes plus avantageux, fondés sur l'évolution de la richesse nationale ou des salaires, auraient pu être envisagés mais n'ont pas été retenus par le Gouvernement.

Evolution de la BMAF

Année	1 ^{er} janvier		1 ^{er} juillet		Moyenne annuelle	Prix*
	Montant	Evolution	Montant	Evolution	Evolution	Evolution
1990	1.848,40	2,24	1.873,35	1,35	3,3	3,4
1991	1.905,20	1,70	1.920,44	0,80	2,9	3,2
1992	1.939,64	1,00	1.974,55	1,80	2,3	2,3
1993	2.014,04	2,00	2.014,06	0,00	3,0	1,8
1994	2.054,32	2,00	2.054,32	0,00	2,0	1,4
1995	2.078,97	1,20	2.096,64**	0,00	1,7	1,7
1996	2.078,97	0,00	2.078,97	0,00	0,0	1,9
1997	2.108,49	1,42	2.108,49	0,00	1,3	1,1
1998	2.131,68	1,10	2.131,68	0,00	1,1	0,6
1999	2.146,81	0,71	2.146,81	0,00	0,7	0,5***
2000	2.157,54	0,50	2.157,54	0,00	0,5	0,9***

* Prix à la consommation de l'ensemble des ménages en moyenne annuelle, hors tabac depuis 1992, base 100 en 1990.

** Suite au contentieux 1995, revalorisation au 1^{er} juin 1995 de 0,85 %.

*** Evolution prévisionnelle 1999 et 2000 estimée en septembre 1999.

Source : Direction de la sécurité sociale (SDPEF/6A)

Elle accueille favorablement le « coup de pouce » de 0,3 % accordé en 2000 qui témoigne d'un changement de méthode bienvenu.

En 1999, le Gouvernement avait fait le choix, pour la deuxième année consécutive, d'opérer un rattrapage négatif sur l'évolution de la BMAF et de ne revaloriser les prestations familiales que de 0,71 %, contre 1,2 % pour les pensions de retraite. Il avait en effet décidé de ne pas proroger le mécanisme de revalorisation des retraites institué par la loi de 1993 pour éviter d'appliquer aux pensions de retraites le rattrapage négatif de 0,5 % qu'il imposait pourtant aux prestations familiales.

Votre commission a la satisfaction de constater qu'en 2000 les retraités et les familles bénéficieront des mêmes conditions, soit une revalorisation de 0,5 % intégrant une « coup de pouce » de 0,3 %.

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

Art. 8

**Relèvement de l'âge limite d'ouverture du droit
au complément familial et aux aides de logement**

Objet : Cet article permet de relever, par voie réglementaire, de 20 à 21 ans l'âge limite d'ouverture du droit au complément familial et aux aides au logement

I - Le dispositif proposé

Cet article est la traduction législative d'une mesure annoncée par le Gouvernement lors de la Conférence de la famille du 7 juillet 1999. Le Gouvernement avait alors indiqué qu'il entendait accentuer, en 2000, l'effort de justice sociale en portant de 20 à 21 ans, au 1^{er} janvier 2000, l'âge limite d'ouverture du droit au complément familial et aux allocations de logement.

Ces mesures devaient, selon le Gouvernement, permettre de mieux tenir compte de l'allongement de la durée de cohabitation des jeunes chez leurs parents, 73 % des jeunes de 20 ans habitant encore chez leurs parents. Elles avaient également pour objectif de réduire la diminution des ressources des familles lorsque l'enfant atteint 20 ans, notamment pour les familles modestes et nombreuses.

Pour comprendre cette disposition, il convient de rappeler que l'article 22 de la loi du 25 juillet 1994 relative à la famille prévoyait déjà que les limites d'âge des enfants ouvrant droit aux prestations familiales seraient progressivement et successivement relevées, au plus tard le 31 décembre 1999, afin de tenir compte du fait que les enfants demeurent plus longtemps qu'autrefois à la charge de leurs parents, notamment en raison de l'allongement de la durée des études.

Au moment où cette loi fut votée, ouvraient droit aux prestations familiales, en application de l'article L. 512-3 du code de la sécurité sociale, complété par l'article R. 512-2 du code de la sécurité sociale, sous réserve des règles particulières à chaque prestation :

1° tout enfant jusqu'à la fin de l'obligation scolaire, c'est-à-dire âgé de moins de 16 ans ;

2° tout enfant âgé de moins de 18 ans et dont la rémunération éventuelle n'excédait pas un plafond fixé à 55 % du SMIC calculé sur 169 heures ;

3° tout enfant âgé de moins de 20 ans et dont la rémunération n'excédait pas le même plafond, à condition :

- qu'il poursuive des études,
- ou qu'il soit placé en apprentissage ou en stage de formation professionnelle,
- ou qu'il ait droit à l'allocation d'éducation spéciale ou se trouve, par suite d'infirmité ou de longue maladie, dans l'impossibilité constatée de se livrer à une activité professionnelle.

Compte tenu du dispositif retenu et des précisions données dans l'exposé des motifs du projet de loi de 1994¹, les différentes étapes devaient être, dans l'ordre de priorité suivant :

1° le relèvement à 20 ans de l'âge limite d'ouverture du droit à l'ensemble des prestations familiales (la condition de revenu demeurant fixée à 55 % du SMIC) ;

2° puis le relèvement à 22 ans de l'âge limite -sous la même condition de rémunération-, successivement pour le droit :

- à l'allocation de logement familial (ALF) et à l'aide personnalisée au logement (APL) ;
- à l'allocation d'éducation spéciale (AES), sur demande conjointe de l'intéressé et de la personne à la charge de laquelle il se trouve ;
- à l'allocation de soutien familial (ASF) et à l'allocation de parent isolé (API) ;
- au complément familial ;
- aux allocations familiales et à leurs majorations pour âge pour les familles de trois enfants et plus ;
- aux allocations familiales et majorations pour âge, pour les familles ayant deux enfants à charge.

¹ Le projet de loi ne mentionnait pas les âges qui relèvent du domaine réglementaire.

Ledit projet de loi prévoyait que ces mesures, qui normalement relèvent du domaine réglementaire, interviendraient après constatation d'un excédent de ressources disponibles de la branche famille pour l'exercice précédent. Cette hypothèse semblant trop incertaine au Parlement, le Gouvernement avait accepté de fixer une date butoir pour la mise en place de ces mesures : le 31 décembre 1999.

Par ailleurs, des « *mesures améliorant les conditions d'accès au logement des familles* » devaient également intervenir, sans qu'un calendrier précis soit fixé.

L'article 22 de la loi famille de 1994 a connu un début d'application : deux décrets successifs (n° 97-1245 du 29 décembre 1997 et n° 98-1213 du 29 décembre 1998) ont en effet progressivement relevé la limite d'âge pour l'ensemble des prestations familiales de 18 à 19 ans puis de 19 à 20 ans pour les enfants dont la rémunération éventuelle n'excède pas un plafond fixé à 55 % du SMIC calculé sur 169 heures.

Le **paragraphe I** du présent article tire les conséquences de cette évolution et autorise le relèvement à 21 ans, par voie réglementaire, de l'âge limite d'ouverture du droit au complément familial et aux aides de logement.

Le 1° abroge le 3° de l'article L. 512-3 du code de la sécurité sociale devenu inutile puisque désormais entièrement contenu dans le 2° : il n'existe désormais plus qu'un seul âge limite, fixé à 20 ans quelle que soit la situation de l'enfant à charge.

Le 2° complète cet article par un alinéa prévoyant une possibilité de dérogation à cet âge limite pour l'attribution du complément familial et de l'allocation de logement mentionnée au 4° de l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire l'allocation de logement familial (ALF). L'âge limite pour ces prestations sera, comme l'a annoncé le Gouvernement, fixé à 21 ans par voie réglementaire.

Le complément familial

Le complément familial est attribué aux ménages ou à la personne qui assume la charge d'au moins trois enfants, tous âgés de plus de trois ans, lorsque ses ressources n'excèdent pas un plafond fixé au 1^{er} septembre 1999, pour le revenu catégoriel net de 1998, à :

- 109.501 francs pour un ménage avec un revenu et un enfant,
- 131.401 francs pour un ménage avec un revenu et deux enfants,
- 144.710 francs pour un ménage avec deux revenus ou une personne isolée et un enfant,
- 166.610 francs pour un ménage avec deux revenus ou une personne isolée et deux enfants.

Ces plafonds sont majorés de 26.280 francs par enfant au-delà du deuxième.

Si une quatrième naissance survient, le complément familial est supprimé, la famille ayant à charge un enfant de moins de trois ans.

Le montant du complément familial est fixé à 41,65 % de la BMAF, soit au 1^{er} septembre 1999, 889,53 francs.

Un complément familial différentiel est versé aux ménages ou personnes dont les ressources annuelles dépassent le plafond d'une somme inférieure à douze fois le montant mensuel du complément familial en vigueur au 1^{er} juillet de l'année de référence.

Le Gouvernement a indiqué que l'aide personnalisée au logement (APL) serait également concernée par cette mesure, même si elle n'est pas visée explicitement dans le texte de l'article. Le régime de cette allocation est en effet prévu par l'article R. 351-8 du code de la construction et de l'habitation qui renvoie à l'article L. 512-3 du code de la sécurité sociale pour la définition des personnes à charge.

La troisième aide au logement -l'allocation de logement à caractère social (ALS)- est versée aux personnes isolées ou aux couples n'ayant aucune personne à charge : elle n'entre donc pas dans le champ de cette mesure.

Le **paragraphe II** du présent article prévoit que le relèvement de l'âge limite de 20 à 21 ans interviendra à compter du 1^{er} janvier 2000, au titre des enfants nés à compter du 1^{er} janvier 1980. Cette mesure ne concernera donc que les enfants qui atteindront l'âge de 20 ans en 2000 et non ceux qui auraient déjà atteint cet âge au 1^{er} janvier et qui seraient âgés de moins de 21 ans.

L'allocation de logement familial

L'allocation de logement familial est une prestation familiale. Elle est accordée :

1° aux personnes qui perçoivent à un titre quelconque :

- a) soit les allocations familiales,
- b) soit le complément familial,
- c) soit l'allocation pour jeune enfant,
- d) soit l'allocation de soutien familial,
- e) soit l'allocation d'éducation spéciale ;

2° aux ménages ou personnes qui, n'ayant pas droit à l'une des prestations mentionnées au 1°, ont en enfant à charge ;

3° aux chefs de famille qui n'ont pas d'enfant à charge, pendant une durée déterminée à compter du mariage, à la condition que celui-ci ait été célébré avant que les époux aient l'un et l'autre atteint un âge limite (art. D. 542-1) ;

4° aux ménages ou aux personnes qui ont à leur charge un ascendant vivant au foyer ayant dépassé un âge déterminé ;

5° aux ménages ou personnes qui ont à leur charge un ascendant ou un descendant ou un collatéral au deuxième ou au troisième degré vivant au foyer atteint d'une infirmité permanente au moins égale à un pourcentage fixé par décret ou qui est, compte tenu de son handicap, dans l'impossibilité, reconnue par la commission technique d'orientation et de reclassement professionnel prévue à l'article L. 323-11 du code du travail, de se procurer un emploi.

L'allocation de logement n'est due, au titre de leur résidence principale, qu'aux personnes :

1° payant un minimum de loyer, compte tenu de leurs ressources ; sont assimilées aux loyers les mensualités versées pour accéder à la propriété de l'habitation ;

2° habitant un logement répondant à des conditions minima de salubrité et de peuplement ; si un logement devient surpeuplé par suite de naissance ou de prise en charge d'un enfant ou d'un proche parent, les allocations sont maintenues pendant une durée déterminée (art. D. 542-2 : 4 ans).

Les taux de l'allocation sont déterminés compte tenu du nombre des personnes à charge vivant au foyer et du pourcentage des ressources affecté au loyer.

Selon le relevé de décisions de la Conférence de la famille du 7 juillet dernier, la mesure concernant l'allocation de logement familiale et l'aide personnalisée au logement devrait concerner 175.000 familles et coûtera 800 millions de francs en année pleine. Compte tenu de sa montée en charge progressive, elle se traduira par une dépense supplémentaire de 220 millions de francs pour la branche famille en 2000 (cf. annexe C du projet de loi).

Le recul de 20 à 21 ans de l'âge limite pour le versement du complément familial concernera 60.000 familles et coûtera 700 millions de francs à la branche famille en année pleine. Cette mesure se traduira en 2000 par une dépense supplémentaire de 330 millions de francs (cf. annexe C du projet de loi).

Le **paragraphe III** abroge l'article 22 de la loi du 25 juillet 1994 relative à la famille.

Le **paragraphe IV** vise à maintenir dans les départements d'outre-mer le régime aujourd'hui applicable de l'allocation de logement familial (ALF), régime plus favorable qu'en métropole.

L'article 19 de la loi n° 95-97 du 1^{er} février 1995 étendant dans les territoires d'outre-mer certaines dispositions du code de la route et portant dispositions diverses relatives à l'outre-mer a modifié l'article 22 de la loi relative à la famille afin d'y insérer un III prévoyant un relèvement à compter du 1^{er} avril 1995, dans les départements d'outre mer, de l'âge limite d'ouverture du droit à l'allocation de logement familial. Cette allocation est donc versée dans les DOM jusqu'à l'âge de 22 ans, sous réserve que l'enfant poursuive des études, soit placé en apprentissage ou en stage de formation professionnelle et que sa rémunération ne dépasse pas 55 % du SMIC.

Le IV du présent article permet de maintenir ce régime spécifique pour les enfants âgés de 21 à 22 ans ; de 20 à 21 ans, ces derniers relèveront du droit commun applicable en métropole.

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

II - La position de votre commission

Votre commission accueille de manière favorable les I, II et IV de cet article relatifs au relèvement de 20 à 21 ans de l'âge limite d'ouverture du droit au complément familial et aux aides au logement. Ces prestations étant placées sous condition de ressources, elles ne bénéficient cependant qu'à un nombre limité de personnes.

Ces dispositions s'inscrivent dans la droite ligne des objectifs définis par l'article 22 de la loi famille de 1994. Pour autant, ce relèvement ne constitue, pour votre commission, qu'une étape du processus prévu par ledit article.

L'article 22 expirera au 31 décembre 1999 ; toutefois, les objectifs qu'il avait définis en 1994 -relèvement progressif jusqu'à 22 ans de l'âge limite d'ouverture du droit à l'ensemble des prestations familiales- restent, pour votre commission tout à fait pertinents.

Or, telle ne semble pas être l'analyse du Gouvernement qui a clairement écarté, par la voix du Premier ministre, lors de la Conférence de la famille du 7 juillet dernier, tout « *prolongement indéfini des allocations familiales* ».

Soucieux de faire disparaître cet article dont la portée symbolique est évidente, le Gouvernement propose de l'abroger alors même qu'il cesse d'être applicable.

Votre commission, qui est attachée au maintien de cet article, ne peut accepter cette logique. Elle vous propose par conséquent d'adopter un amendement supprimant l'abrogation de l'article 22 et prolongeant l'application de cet article de trois années, soit jusqu'au 31 décembre 2002.

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

Art. 9

Garantie de ressources pour la branche famille

Objet : Cet article institue une garantie de ressources pour la branche famille.

I - Le dispositif proposé

Selon l'exposé des motifs du projet de loi, cet article « *a pour objet de donner une meilleure lisibilité aux ressources de la branche famille, en instituant une garantie de ressources au regard de la richesse nationale* ». Il fait partie des mesures annoncées par le Gouvernement lors de la Conférence de la famille du 7 juillet 1999.

Cet article reprend une idée ancienne consistant à assurer à la branche famille une certaine pérennité de ses ressources et qui a trouvé sa traduction législative dans l'article 34 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille.

L'article 34 de la loi famille dispose que « *les ressources de la Caisse nationale des allocations familiales sont au moins égales chaque année, pour la période du 1^{er} janvier 1994 au 31 décembre 1998, au montant qu'elles auraient atteint à la fin de l'année considérée en cas de maintien des dispositions législatives et réglementaires applicables le 1^{er} janvier 1993 aux taux, à l'assiette et au champ d'application des cotisations et contributions énumérées à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale.*

« S'il est constaté par la Commission des comptes de la sécurité sociale que les ressources de cette caisse sont inférieures au titre d'une année civile au montant déterminé dans les conditions définies à l'alinéa précédent, un versement de l'Etat équivalant à cette différence intervient selon des modalités prévues par la loi de finances établie au titre de l'année suivante ».

Cet article entendait mettre fin à des pratiques récurrentes qui avaient abouti à des baisses ou à des exonérations de cotisations non compensées, obérant d'autant les ressources de la branche famille.

Cette garantie de ressources n'a cependant jamais joué, les différentes parties concernées (CNAF, ACOSS, Direction de la sécurité sociale, Ministère de l'agriculture, Direction du Budget) ne parvenant pas à s'accorder sur l'évaluation des pertes ou des gains de recettes enregistrés par la branche famille.

En effet, l'article 34 de la loi famille a fait l'objet de deux interprétations inconciliables. D'une part, celle de la Direction du Budget qui considère qu'il faut retenir une appréciation globale des ressources de la Caisse nationale d'allocations familiales et qui estime que cette disposition ne s'applique pas seulement aux mesures pénalisantes. D'autre part, celle de la Caisse nationale d'allocations familiales qui considère qu'il faut retenir chaque catégorie de ressources séparément

et souligne que la double garantie (art. 34 de la loi famille et art. L. 131-7 du code de la sécurité sociale) témoigne du souhait du législateur de prendre en compte les seules réductions de ressources, année après année.

Une analyse juridique sur ce point a d'ailleurs été demandée à un membre du Conseil d'Etat par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.

Le secrétaire général de la Commission des comptes a organisé une ultime réunion le 7 septembre 1999 avec les différentes parties concernées afin d'établir un constat sur la mise en œuvre des dispositions de l'article 34.

Au total sur la période, les pertes de ressources de la branche famille résultant de mesures nouvelles ont été évaluées à 1,285 milliard de francs. Elles se décomposent ainsi :

(en millions de francs)

Année	Mesures du champ de compétence		TOTAL
	des régimes agricoles	de l'ACOSS	
1994		0,3	0,3
1995	217	5,2	222,2
1996	325	9,5	334,5
1997	335	16	351
1998	344	33	377
1994-1998	1.221	64	1.285

Dans son avis rendu le 7 septembre, la mission juridique effectuée par un membre du Conseil d'Etat a validé la position de la direction du budget qui consiste à retenir une appréciation globale des ressources de la CNAF au lieu de prendre en compte les seules réductions de ressources année après année.

Prenant acte de cet avis, le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale a considéré que l'Etat n'avait pas de versement à faire à la CNAF au titre de la garantie de ressources. En effet, selon le rapport de la Commission des comptes de la sécurité sociale¹ « plusieurs mesures prises depuis 1997 ont eu pour effet d'augmenter les ressources de la CNAF, notamment l'extension d'assiette de la CSG intervenue au 1er janvier 1997 et celle du prélèvement social sur les revenus du capital au 1er janvier 1998, ainsi que le relèvement du taux des cotisations d'allocations familiales de l'Etat employeur en 1997. Ces mesures contrebalancent largement les réductions de ressources de la CNAF enregistrées par ailleurs. »

Le rapport de la Commission des comptes ajoute : « Cette conclusion a recueilli l'accord de tous les participants ».

¹ Septembre 1999, p. 150.

Il semble que l'accord donné par la CNAF à cette conclusion résulte plus de la lassitude que de la conviction.

Le présent article prévoit pour sa part que la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) bénéficie d'une garantie de ressources pour une période de cinq années courant du 1^{er} janvier 1998 au 31 décembre 2002.

Le deuxième alinéa précise que les ressources de la CNAF perçues au titre de l'année 2002 ne seront pas inférieures aux ressources de cette caisse pour l'année 1997 revalorisées, déduction faite de la subvention versée par l'Etat au titre de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire (MARS) et d'un montant équivalent aux ressources transférées en 2000 à la CNAMTS en vertu de l'article 10 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.

Dans le cas contraire, constaté par la Commission des comptes de la sécurité sociale à l'issue de la période, un versement à la CNAF permet, dans des conditions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale, de combler la différence observée.

La revalorisation évoquée au deuxième alinéa de l'article est égale à l'évolution du produit intérieur brut en valeur aux prix courants sur l'ensemble de la période 1998-2002, mentionnée dans le rapport sur les comptes de la Nation.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Même si l'objectif se veut probablement identique, le dispositif proposé par le Gouvernement est très différent de celui institué en 1994 :

- l'approche est globale : seul est visé le niveau absolu des ressources de la branche alors que l'article 34 de la loi famille de 1994 prévoyait que ces ressources seraient comparées au montant qu'elles auraient atteint en cas de maintien des dispositions législatives et réglementaires applicables le 1^{er} janvier 1993 aux taux, à l'assiette et au champ d'application des cotisations et contributions énumérées à l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale ;

- le constat est désormais dressé en fin de période alors que l'article 34 de la loi famille de 1994 prévoyait une évaluation « *chaque année* » : les ressources peuvent donc éventuellement baisser en cours de période ;

- les modalités d'application restent très floues puisqu'il est fait mention d'un versement à la CNAF pour compenser une éventuelle perte de ressources, versement dont on ignore la provenance : s'agit-il d'un versement de l'Etat, comme

c'était le cas dans le dispositif de 1994 ? Pourquoi alors ne pas le dire ? S'agit-il d'un versement d'une autre branche de la sécurité sociale, voire de l'ACOSS ?

Votre commission est naturellement favorable à l'institution d'une garantie de ressources pour la branche famille -elle avait d'ailleurs apporté son entier soutien à la rédaction retenue en 1994 pour une telle garantie de ressources.

Toutefois, elle ne peut que s'étonner que le Gouvernement propose un nouveau dispositif de garantie de ressources alors même qu'il s'est refusé à appliquer la garantie de ressources existante.

Elle remarque en outre que l'année 1997 qui a été choisie par le Gouvernement comme année de référence est une année peu favorable pour les ressources de la branche. Elle s'interroge sur les raisons du choix de l'année 1997 alors que les comptes définitifs de 1998 sont aujourd'hui disponibles et qu'il aurait donc été possible de faire porter cette garantie sur les années 1999-2003.

Elle émet des doutes sur l'effectivité du dispositif proposé dans la mesure où la provenance du versement compensateur n'est pas mentionnée.

Enfin, elle se demande quelle peut être l'utilité réelle d'une garantie de ressources si l'on multiplie parallèlement les ponctions sur la branche sous la forme de dépenses nouvelles, telles que la prise en charge de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire.

Votre commission exprime par conséquent sa crainte que cette nouvelle garantie de ressources ne soit très rapidement vidée de toute portée. Le Gouvernement attache d'ailleurs si peu d'importance à cette disposition qu'il n'a pas cru bon de la modifier par coordination avec le vote, par l'Assemblée nationale, de la diminution des ressources affectées à la branche au titre du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine.

Votre commission vous propose par conséquent d'adopter trois amendements permettant de conférer à cette garantie de ressources une plus grande efficacité. Les deux premiers amendements décalent d'une année cette garantie de ressources afin qu'elle couvre la période 1999-2003 et non 1998-2002 et qu'elle prenne comme base de référence l'année 1998 et non l'année 1997. Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, ayant affirmé devant votre commission, le 21 octobre dernier, que l'Etat serait garant des ressources de la CNAF, le troisième amendement précise en outre que le versement compensateur provient, comme c'était le cas dans le précédent dispositif, de l'Etat.

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

Section 2

-

Branche vieillesse

Art. 10

Affectations au fonds de réserve pour les retraites

Objet : Cet article prévoit l'affectation au fonds de réserve pour les retraites des excédents de la CNAVTS et de 49 % du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine.

I - Le dispositif proposé

L'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé, au sein du fonds de solidarité vieillesse, un fonds de réserve pour les régimes d'assurance vieillesse des salariés et des commerçants et artisans. Le champ d'intervention de ce fonds est en effet limité aux régimes concernés par la réforme de 1993, c'est-à-dire le régime général, le régime de base des salariés agricoles, l'ORGANIC et la CANCAVA.

Cet article prévoyait en outre l'alimentation du fonds de réserve par une fraction fixée par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, du solde du produit de la contribution sociale de solidarité des sociétés (C3S) après affectation, conformément à l'article L. 651-2 du code de la sécurité sociale, du produit de cette contribution au régime d'assurance maladie des travailleurs non salariés des professions non agricoles et des régimes d'assurance vieillesse des professions indépendantes (artisanales, industrielles et commerciales, libérales et agricoles) au prorata et dans la limite de leurs déficits comptables. Selon les prévisions annexées au projet de loi de financement pour 1999, sur les 5,6 milliards de francs de C3S que percevait le FSV au titre de l'année 1999, 2 milliards seraient versés au fonds de réserve.

La loi prévoyait enfin que le fonds serait abondé par tout ou partie des excédents de la première section du FSV, dans les conditions fixées par des arrêtés des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget ainsi que par « toute ressource qui lui serait affectée en vertu de dispositions législatives ».

Le **paragraphe I** du présent article insère dans le code de la sécurité sociale un article L. 251-6-1 prévoyant l'affectation au fonds de réserve pour les retraites des excédents de la CNAVTS.

Cette affectation se ferait sous deux formes :

1° l'affectation du résultat excédentaire de l'exercice clos de chacun des fonds dont elle a la gestion, à l'exception de celui du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire du régime de retraite des agents de chemins de fer secondaires, qui est aujourd'hui géré par la CNAVTS ;

2° le cas échéant, l'affectation, en cours d'exercice, d'un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice tel que présenté à la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion de septembre.

Le **paragraphe II** constitue une simple coordination : il intègre cette nouvelle ressource dans la liste des recettes du fonds de réserve, fixée à l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale.

Le **paragraphe III** prévoit que les dispositions du présent article s'appliquent à compter de l'exercice comptable 1999.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale n'a pas modifié les dispositions de cet article relatives à l'affectation des excédents de la CNAVTS au fonds de réserve pour les retraites.

Elle a, en revanche, adopté deux amendements présentés par le Gouvernement qui tirent les conséquences de l'abandon du prélèvement de 5,5 milliards de francs sur les branches de la sécurité sociale pour financer la réduction du temps de travail.

Le premier amendement complète cet article par un **paragraphe additionnel IV** (nouveau) qui modifie, à l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale, la répartition du produit du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine, initialement affecté pour moitié à la CNAVTS et pour moitié à la CNAF.

Cette répartition avait déjà été modifiée -il faut le souligner- en juillet dernier par la loi portant création d'une couverture maladie universelle (CMU), qui prévoit, à compter du 1^{er} janvier 2000, l'attribution d'une partie de ce prélèvement à une troisième branche du régime général : la CNAMTS. La répartition devait être de 50 % pour la CNAVTS (situation inchangée), 28 % pour la CNAMTS et 22 % pour la CNAF.

Le fonds de réserve pour les retraites bénéficierait désormais de 49 % de ce prélèvement social, la fraction affectée à la CNAMTS passant ainsi de 28 % à 8 %, celle de la CNAF de 22 à 13 %, et celle la CNAVTS de 50 à 30 %.

L'affectation du prélèvement social de 2 %

	LFSS 1998	Loi du 27 juillet 1999 portant création de la CMU	PLFSS 2000
CNAF	50 %	22 %	13 %
CNAVTS	50 %	50 %	30 %
CNAMTS		28 %	8 %
Fonds de réserve pour les retraites			49 %
Total	100 %	100 %	100 %

Le Gouvernement n'a donc pas renoncé à ponctionner le régime général. Les différentes branches contribueront ainsi, de manière indirecte, au financement des « 35 heures », non pas par un prélèvement classé dans leurs « dépenses », mais par une perte de recettes.

Le second amendement adopté par l'Assemblée nationale opère une coordination en intégrant cette nouvelle ressource dans la liste des recettes du fonds de réserve, fixée à l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale.

III - La position de votre commission

La question du fonds de réserve pour les retraites a été étudiée de manière approfondie par M. Alain Vasselle dans son rapport consacré au volet assurance vieillesse du présent projet de loi¹.

A l'initiative de votre commission, le Sénat n'avait pas rejeté, lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le principe d'un tel fonds. Il avait cependant souligné que la constitution d'un tel fonds n'a véritablement de sens que si un certain nombre de conditions sont effectivement respectées :

- la constitution d'un fonds de réserve suppose que les pouvoirs publics mènent effectivement une politique de retraite dans une perspective à long terme ;

¹ Cf. tome III du présent rapport.

- ce fonds de réserve doit avoir une mission claire et définie de manière préalable : en l'occurrence le lissage de la hausse des cotisations ;
- un fonds de lissage ne résout pas le problème du financement futur des retraites : il ne peut que constituer une mesure d'accompagnement de la réforme d'ensemble des retraites ;
- la constitution d'un fonds de lissage exige des ressources importantes et durables : au moins 400 à 500 milliards de francs en 2020 pour le seul régime général ;
- la constitution d'un tel fonds exige de définir de manière préalable les conditions de gestion financière de ce fonds.

Aucune de ces conditions n'est aujourd'hui respectée.

Ainsi, aucun objectif n'a encore été assigné au fonds créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999. Un décret paru au Journal officiel du 24 octobre 1999¹ a certes prévu les modifications relatives au comité de surveillance du fonds. Mais la finalité et les modalités de gestion du fonds de réserve restent dans le flou le plus complet.

La constitution d'un fonds de réserve suppose des ressources importantes et durables. Près d'une année après sa création, le fonds de réserve reste de ce point de vue parfaitement virtuel ; la seule trace de son existence est une ligne sur les comptes du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), ligne qui n'est pas encore affectée². **Le fonds de réserve est encore vide aujourd'hui.**

Depuis cette date, le Gouvernement multiplie pourtant les effets d'annonce pour tenter de donner un semblant d'existence à son fonds.

La piste de l'affectation des « excédents budgétaires » a été mentionnée lors du débat surréaliste de l'été 1999. C'était oublier un peu vite que le budget de l'Etat connaît un déficit toujours très important, et que des rentrées fiscales plus importantes que prévu n'ont jamais constitué un « excédent budgétaire ».

Alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait prévu que les excédents du FSV iraient alimenter le fonds de réserve, le Gouvernement a finalement décidé d'amputer sur les excédents du FSV en baissant ses recettes (partie des droits sur les alcools) et de faire bénéficier le fonds de réserve d'une fiscalité affectée, par l'intermédiaire de 49 % du prélèvement social de 2 % sur les revenus du patrimoine et les produits de placement, correspondant aux 5,5 milliards de francs que n'a pas versé le régime général au financement des 35 heures.

¹ Décret n° 99-898 du 22 octobre 1999 relatif au comité de surveillance et au fonds de réserve du fonds de solidarité vieillesse et modifiant le code de la sécurité sociale.

² Les deux milliards de francs sont encore dans les comptes de l'ORGANIC.

Ce tour de passe-passe est véritablement inacceptable :

- il fait financer de manière directe le fonds de réserve par toutes les branches de la sécurité sociale, y compris les branches famille et maladie, au mépris du principe de séparation des branches ;

- il prive ce faisant la CNAMTS d'une recette qui lui avait été attribuée pour financer la CMU ;

- il contribue à faire financer de manière indirecte les « 35 heures » par la sécurité sociale.

Parallèlement, le Gouvernement racle « les fonds de tiroirs » en mettant à contribution de manière ponctuelle les caisses d'épargne ou la Caisse des dépôts et Consignations.

Cette agitation un peu désordonnée, cette politique au coup par coup, révèlent l'absence totale de plan de financement à moyen ou long terme pour le fonds de réserve. Le Gouvernement s'efforce à l'évidence de masquer une terrible réalité : il ne sait pas comment alimenter durablement ce fonds.

Le fonds de réserve n'est dès lors, pour le Gouvernement, qu'un alibi destiné à masquer son incapacité à entreprendre les vraies réformes nécessaires à assurer la pérennité à long terme de notre système de retraite.

Pas plus que l'an dernier, votre commission ne souhaite supprimer le fonds de réserve pour les retraites qui peut servir de réceptacle à des recettes non fiscales (fonds des Caisses d'épargne) ou à des libéralités spontanées (Caisse des dépôts et consignations). En revanche, votre commission est défavorable à une ponction dans les réserves de la sécurité sociale, par des contributions directes ou indirectes, avant que les lignes directrices de la réforme des retraites n'aient été clairement définies et ladite réforme effectivement engagée.

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

Art. 11

Revalorisation des pensions de retraite

Objet : Cet article revalorise de 0,5 % au 1^{er} janvier 2000 les pensions de retraite, d'invalidité, les rentes d'accidents du travail et les salaires portés au compte.

I - Le dispositif proposé

La loi n° 93-936 du 22 juillet 1993 relative aux pensions de retraite et à la sauvegarde de la protection sociale avait mis en place, pour une durée de cinq ans, du 1^{er} janvier 1994 au 31 décembre 1998, un mécanisme d'indexation permettant de garantir une évolution des pensions versées par le régime général identique à celle des prix. Cette indexation était, en pratique, déjà appliquée depuis 1987.

Le dispositif de revalorisation prévu par la loi de 1993 se composait de trois éléments :

- une revalorisation annuelle fixée en fonction de l'indice d'évolution prévisionnelle des prix (hors tabac) ;

- un ajustement -positif ou négatif- permettant de corriger un éventuel écart entre le taux prévisionnel et le taux réel d'évolution annuelle des prix (hors tabac) (ajustement « en niveau ») ;

- une compensation positive ou négative pour les assurés titulaires, à la date de la revalorisation, d'un avantage de vieillesse ou d'invalidité, correspondant à l'écart ainsi constaté au titre de l'année précédente (ajustement « en masse »).

Il était également prévu de procéder à un ajustement au 1^{er} janvier 1996 afin de faire bénéficier les titulaires de pensions de vieillesse ou d'invalidité des progrès de productivité, ce qui a en fait été anticipé au 1^{er} juillet 1995.

Les dispositions de la loi de 1993 venant à échéance au 31 décembre 1998, il a été nécessaire de définir, à la fin de l'année 1998, les modalités de revalorisation pour 1999 et les années suivantes.

Deux options fondamentales s'offraient dès lors au Gouvernement :

- le maintien d'une indexation fondée sur l'évolution des prix ;
- le choix d'une indexation sur l'évolution des salaires à laquelle l'actuelle majorité s'était déclarée favorable lors de la campagne électorale précédant les élections législatives de mai 1997.

Le Gouvernement n'a pas véritablement tranché entre ces deux options fondamentales. L'article 37 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a ainsi institué un dispositif d'indexation provisoire, valable pour la seule année 1999, « *dans l'attente du diagnostic que doit établir le Commissaire général du Plan en concertation avec les partenaires sociaux et portant sur la situation de l'ensemble des régimes de retraite* », selon l'exposé des motifs de cet article.

Le Gouvernement a donc une première fois repoussé à une décision ultérieure la définition d'un système d'indexation des pensions applicable pour les prochaines années.

En 1999, la revalorisation des pensions et la majoration des salaires et cotisations servant de base au calcul de celles-ci a été fixée conformément au taux prévisionnel d'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation hors tabac, prévu dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances, soit + 1,2 %.

Cette revalorisation était donc bien supérieure à ce qu'aurait exigé la simple reconduction du mécanisme d'indexation des pensions instaurée par la loi du 22 juillet 1993. En effet, l'application de ce mécanisme aurait conduit à procéder à un rattrapage négatif pour compenser l'écart entre le taux de l'inflation prévisionnelle qui avait servi de base à la revalorisation au 1^{er} janvier 1998 (1,3 %) et l'inflation qui a été effectivement constatée pour 1998 (0,8 %).

Le Gouvernement s'était ainsi refusé à appliquer ce rattrapage négatif, ce qui assurait dès lors automatiquement un gain du pouvoir d'achat de 0,5 % à l'ensemble des retraités au titre de l'année 1998.

Pour l'année 2000, le présent article propose une nouvelle rédaction de l'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale qui supprime toute référence au mécanisme institué en 1999, qui reposait sur le seul taux prévisionnel d'évolution en moyenne annuelle hors tabac.

Cette nouvelle rédaction se borne à prévoir, au 1^{er} janvier 2000, une revalorisation de 0,5 % des pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi que des cotisations et salaires servant de base à leur calcul. Cette revalorisation sera également applicable aux pensions d'invalidité et aux rentes d'accidents du travail.

Pour justifier le choix de ce taux, l'exposé des motifs du présent article explique : « *L'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation de tous les ménages (hors tabac) pour l'année 2000, telle que prévue dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2000, est de 0,9 %.*

« *Toutefois, la base sur laquelle la revalorisation des pensions avait été effectuée en 1999, à savoir l'indice prévisionnel des prix pour 1999, s'est révélée supérieure de 0,7 point à l'indice tel qu'il est estimé actuellement (1,2 % au lieu de 0,5 %). Cela s'est traduit par un gain significatif de pouvoir d'achat des retraités en 1999 (0,7 point) qui s'ajoute au « coup de pouce » de 0,7 point qui avait été accordé au 1^{er} janvier 1999.*

« *Le maintien strict du pouvoir d'achat des retraités en 2000 conduirait à une revalorisation des pensions limitée à 0,2 % (évolution prévisionnelle de 0,9 %*

en 2000 corrigée de la surévaluation de 0,7 point de l'indice des prix pour 1999). Ce mode de calcul, instauré en 1994 pour cinq ans et reconduit pour 1999 avec un « coup de pouce » de 0,7 point, arrive à échéance le 31 décembre 1999.

« le Gouvernement souhaitant en 2000 faire participer les retraités à la croissance, propose de majorer de 0,3 point la revalorisation telle qu'elle découlerait des règles antérieures. »

Changeant de stratégie par rapport à l'année précédente, le Gouvernement a donc choisi cette année d'appliquer à la revalorisation des pensions le rattrapage négatif découlant de l'année 1999, soit 0,7 point. Il majore exceptionnellement de 0,3 % le taux ainsi obtenu (0,2 %) pour atteindre finalement le chiffre de 0,5 %.

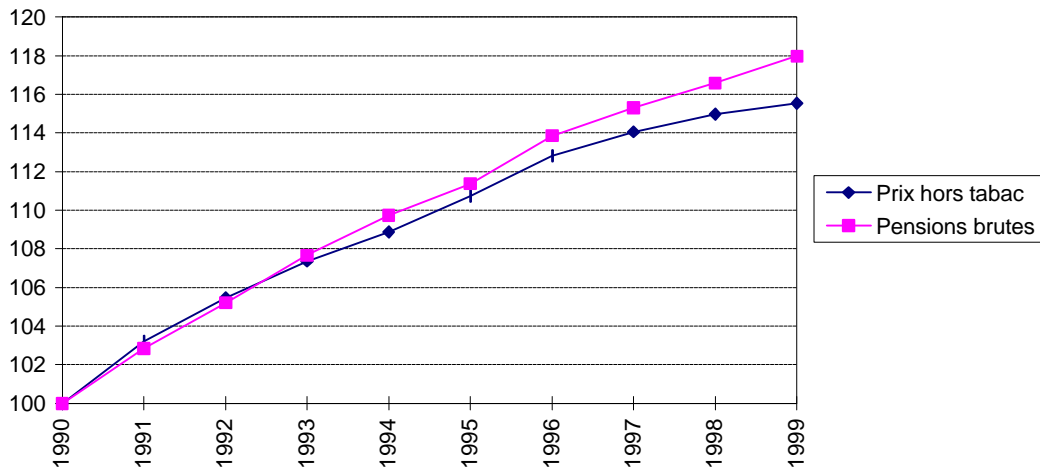
Le coût de ce « coup de pouce » de 0,3 % accordé en 2000 est évalué par l'annexe C du projet de loi à 950 millions de francs pour la branche vieillesse du régime général¹.

Ce « coup de pouce » affecte également les régimes dont les pensions sont, en droit ou en fait, revalorisées dans les mêmes conditions que celles du régime général. Le coût de cette mesure est ainsi de 50 millions de francs pour l'ORGANIC et de 40 millions de francs pour la CANCAVA, ce qui réduit à due concurrence le solde prévisionnel du compte de la C3S.

Le coût pour le régime général -toutes branches confondues- est en outre plus élevé dans la mesure où la revalorisation des pensions entraîne -mécaniquement- la revalorisation d'un certain nombre d'autres prestations dont l'évolution est alignée sur celle des pensions (rentes d'accidents du travail, pensions d'invalidité). Le surcoût de cette revalorisation est par conséquent estimé à 50 millions de francs pour la branche maladie et 60 millions de francs pour la branche accidents du travail. Le coût total du « coup de pouce » de 0,3 % est donc évalué à 1,06 milliard de francs pour le régime général -toutes branches confondues.

Au total, sur l'ensemble de la période 1990-1999, les pensions ont été revalorisées plus vite que l'évolution des prix.

¹ Pour mémoire, un point de revalorisation des pensions se traduit par une augmentation de 3,4 milliards de francs des dépenses du régime général.



L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Votre commission constate que le Gouvernement s'avère une nouvelle fois incapable de proposer un mécanisme pérenne de revalorisation des pensions de retraites et des salaires portés au compte. L'institution d'un dispositif durable est repoussé d'année en année. L'exposé des motifs de cet article précise ainsi que « *l'élaboration d'une règle pérenne de revalorisation des pensions pour les années suivantes sera examinée dans le cadre de la concertation pour les retraites* ».

Votre commission juge que cette situation n'est pas satisfaisante : elle n'assure aucune garantie aux retraités qui se voient chaque année soumis, pour la revalorisation de leur pension, à l'arbitraire des décisions gouvernementales : selon les années, le Gouvernement choisit ainsi d'appliquer ou non un rattrapage négatif, de donner un « coup de pouce » plus ou moins généreux...

Votre rapporteur s'était inquiété du coût particulièrement élevé du « coup de pouce » de 0,5 % accordé aux pensions de retraite en 1999, coût qui pouvait être évalué à 2,080 milliards de francs pour le régime général -toutes branches confondues.

Il avait en outre rappelé que si les pensions de retraite allaient être revalorisées de 1,2 % en 1999, les prestations familiales ne le seraient quant à elles que de 0,71 %. Le Gouvernement avait en effet choisi, pour la deuxième année consécutive, d'opérer sur l'évolution de la base mensuelle des allocations familiales (BMAF), qui conditionne la progression de la plupart des prestations familiales, le rattrapage négatif de 0,5 % qu'il s'était refusé à appliquer aux pensions de retraite.

Votre commission constate que le Gouvernement a choisi cette année un taux de revalorisation des pensions plus raisonnable. Elle a la satisfaction de constater qu'en 2000 les retraités et les familles bénéficieront des mêmes conditions, soit une revalorisation de 0,5 % intégrant une « coup de pouce » de 0,3 %.

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

Article additionnel après l'article 11

Situation du Fonds national de l'assurance veuvage

Objet : Le présent article additionnel, que votre commission vous propose d'insérer après l'article 11, prévoit que le Gouvernement présentera au Parlement, avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, un rapport retraçant la situation du Fonds national de l'assurance veuvage depuis sa création.

Financée par une cotisation spécifique à la charge du salarié dont le taux est fixé à 0,1 % du salaire plafonné, l'assurance veuvage ne semble pas aujourd'hui en mesure de remplir la mission qui lui avait été assignée : donner au conjoint survivant n'exerçant pas d'activité professionnelle des moyens de subsistance en attendant qu'il puisse se réinsérer dans la vie professionnelle.

Jusqu'au 28 février 1999, l'assurance veuvage garantissait au conjoint d'un assuré relevant du régime général ou du régime des salariés agricoles, âgé de moins de 55 ans, et ayant élevé ou ayant à sa charge au moins un enfant, une allocation veuvage dégressive dans le temps, dès lors que ses ressources étaient inférieures ou égales à un plafond, fixé au niveau très bas de 3.930 francs par mois, allocation comprise.

L'allocation était de :

- 3.144 francs par mois la première année ;
- 2.065 francs par mois la deuxième année ;
- 1.573 francs par mois la troisième année.

L'article 38 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, qui résulte d'un amendement présenté par le Gouvernement, a apporté trois modifications au régime de l'assurance veuvage :

- le bénéfice de l'allocation est désormais réservé aux conjoints des assurés qui ont été affiliés à l'assurance vieillesse, à titre obligatoire ou volontaire, « *au cours d'une période de référence et pendant une durée fixées par décret en Conseil d'Etat* ».

- l'allocation perd son caractère dégressif ;

- la détermination des modalités et de la durée de son versement est renvoyée à un décret en Conseil d'Etat, le Gouvernement ayant précisé que décret réduirait de trois ans à deux ans la durée normale de service de l'allocation en contrepartie de l'unification de son taux.

Ces mesures ont été mise en œuvre par les décrets n° 99-371 et n° 99-372 du 14 mai 1999, applicables à compter du 1^{er} mars 1999.

Le montant de l'allocation veuvage n'est plus dégressif dans le temps mais stable sur deux ans (3.144 francs par mois), alors que précédemment sa durée de versement était de trois ans. En outre, le bénéfice de l'allocation de veuvage est désormais réservé aux veuves et veufs des assurés qui ont été affiliés à l'assurance vieillesse pendant au moins trois mois durant l'année précédant leur décès. Les conditions de ressources restent quant à elles identiques.

Votre commission suit avec beaucoup d'attention les problèmes du veuvage. Elle a déjà souligné, à de nombreuses reprises, l'impérieuse nécessité d'améliorer la condition des veuves et des veufs. Le groupe d'études sénatorial des problèmes du veuvage, que préside M. Jacques Machet et qui est rattaché à votre commission, a ainsi souvent attiré l'attention du Gouvernement sur la situation de l'assurance veuvage.

Pour améliorer le sort des veuves et des veufs, des moyens financiers sont disponibles. Le Fonds national de l'assurance veuvage, qui retrace en recettes les cotisations d'assurance veuvage et en dépenses les prestations d'assurance veuvage, est structurellement excédentaire depuis sa création, en 1980.

Fonds national de l'assurance veuvage

(en millions de francs)

	1990	1991	1992	1993	1994	1995	1996	1997	1998
Recettes (cotisations)	1.738	2.028	1.941	1.924	1.992	2.020	2.321	2.153	2.185
Dépenses (prestations)	435	435	439	449	465	462	506	550	544
Solde	+ 1.303	+ 1.593	+ 1.502	+ 1.475	+ 1.527	+ 1.558	+ 1.815	+ 1.603	+1.641

Sur la période 1990-1998, les dépenses au titre des prestations veuvage n'ont représenté en moyenne que **24 % des recettes** et le total des excédents cumulés s'élève à 14 milliards de francs. Ces excédents répétés viennent minorer les déficits du régime général d'assurance vieillesse. La loi n° 94-637 du 25 juillet 1994 a d'ailleurs entériné la pratique du transfert des excédents de l'assurance veuvage vers l'assurance vieillesse en créant une branche unique vieillesse-veuvage.

Pourtant, le deuxième alinéa de l'article L. 251-6 du code de la sécurité sociale prévoit que « *les excédents du fonds national d'assurance veuvage constatés à l'issue de chaque exercice sont affectés en priorité à la couverture sociale du risque de veuvage* ». Cette disposition n'a jamais été appliquée.

Votre commission a par conséquent souligné depuis longtemps la nécessité de revaloriser de manière significative le montant de l'allocation veuvage. Elle juge qu'il conviendrait parallèlement de relever dans des proportions au moins équivalentes le plafond de ressources applicable.

La réforme mise en place au 1^{er} mars 1999 constitue un progrès très relatif. Elle améliore certes la situation de la deuxième année. Pour les personnes âgées de moins de 50 ans, elle supprime en revanche toute prestation pour la troisième année : les personnes concernées basculeront désormais sur le RMI dès la fin de la deuxième année.

Au total, l'effort financier accompli par le Gouvernement est modeste : le coût de cette réforme est évalué à 18 millions de francs par an par l'annexe b du présent projet de loi. La réforme constitue donc davantage un redéploiement de crédits qu'un réel effort financier en faveur des veuves et des veufs. La mesure proposée n'a pas affecté sensiblement l'excédent du fonds national de l'assurance veuvage, qui continue à être très excédentaire.

Votre commission regrette que le Gouvernement n'ait pas jugé bon de mener à cette occasion une réforme plus ambitieuse de l'assurance veuvage. L'effort accompli paraît bien dérisoire par rapport aux besoins et aux excédents structurels du Fonds national de l'assurance veuvage.

Elle vous propose par conséquent d'adopter un article additionnel après l'article 11 afin de prévoir que le Gouvernement présentera au Parlement, avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, un rapport retraçant la situation du Fonds national de l'assurance veuvage depuis sa création. Ce rapport étudiera également la possibilité et les modalités d'une revalorisation significative du montant des prestations d'assurance veuvage.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel ainsi rédigé.

Art. 12

Prorogation des dispositions limitant le cumul emploi-retraite

Objet : Cet article proroge jusqu'au 31 décembre 2000 le dispositif limitant les possibilités de cumul d'un emploi et d'une retraite.

I - Le dispositif proposé

Jusqu'en 1983, les mesures de limitation du cumul entre un emploi et une pension de retraite étaient d'une portée très restreinte et ne concernaient que le secteur public.

Le développement du chômage massif dans les années 70-80, notamment chez les jeunes, conduisit les pouvoirs publics à rechercher les voies d'un meilleur partage de travail entre les générations.

Aussi en 1982, l'abaissement à 60 ans de la possibilité de bénéficier d'une pension à taux plein s'est accompagné d'une stricte réglementation du cumul emploi-retraite après 60 ans, l'objectif étant de libérer un maximum d'emplois.

Cette liaison étroite avec les préoccupations immédiates relatives à l'emploi s'est traduite par :

- le caractère provisoire annoncé des règles de cumul fixées par l'ordonnance du 30 mars 1982 dont l'application était limitée jusqu'au 31 décembre 1990. Ce délai a depuis été prolongé jusqu'au 31 décembre 1999 ;

- l'institution par cette même ordonnance d'une contribution de solidarité pénalisant l'emploi des retraités de plus de 60 ans. Cette disposition a été abrogée en 1987 ;

- plus fondamentalement, l'obligation, lorsque la liquidation de la pension est demandée, de cesser l'activité professionnelle antérieure.

Cependant, cette règle stricte de non-cumul entre emploi et retraite a progressivement perdu de sa substance au fil des dérogations qui ont pu l'amender, laissant en vigueur un dispositif complexe, assez peu contraignant et d'une efficacité incertaine.

L'interdiction du cumul emploi-retraite repose sur un principe : l'obligation de cesser l'activité exercée au moment de la liquidation de la pension.

Le service d'une pension de vieillesse est ainsi « *subordonné à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur ou, pour les assurés exerçant une activité non salariée, à la cessation définitive de cette activité* » (art. L. 161-22 du code de la sécurité sociale).

La règle de non-cumul est applicable pour les pensions de retraite dont la date d'entrée en jouissance intervient à compter du sixantième anniversaire.

Cette obligation, d'abord instituée pour les salariés à compter du 1^{er} avril 1983 par l'ordonnance du 30 mars 1982 a été étendue, à compter du 1^{er} juillet 1984, aux non-salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales par la loi du 9 juillet 1984 puis aux exploitants agricoles à partir du 1^{er} janvier 1986 (loi du 6 janvier 1986).

Les retraites servies par les régimes d'assurance vieillesse des professions libérales sont exclues du champ d'application de la législation sur le non-cumul. Mais les règles propres à certaines sections professionnelles (agents généraux d'assurance, géomètres, médecins, notaires, officiers ministériels, pharmaciens, sages-femmes et vétérinaires) font également de la cessation de l'activité professionnelle une condition du versement de la retraite.

Dans tous les cas, l'activité ou les activités à prendre en considération pour la mise en œuvre de l'obligation de cessation d'activité ou de rupture de tout lien professionnel avec l'employeur sont celles effectivement exercées en dernier lieu au cours de l'année précédant la date d'effet de la pension (circulaire du 4 juillet 1984).

Lorsque la dernière activité est salariée, le service de la pension est subordonné à la cessation définitive de tout lien professionnel avec l'employeur. *A contrario*, rien n'interdit de reprendre éventuellement la même activité salariée auprès d'un autre employeur ou une activité non salariée si aucun lien professionnel n'est conservé avec l'ancien employeur.

Lorsque la dernière activité est non salariée, le service de la pension est subordonnée à la cessation définitive de l'activité professionnelle non salariée exercée à la date d'effet de la pension. Il est interdit aux artisans, industriels et commerçants de travailler :

- dans son ancienne entreprise, aussi bien en tant que salarié, non-salarié, conjoint collaborateur que d'aide familial, et ceci même si l'entreprise a changé de statut juridique ;

- dans la même classe d'activité que celle exercée en tant que non-salarié et dans les mêmes lieux ou locaux (circulaire du 9 avril 1985) ;

En cas d'exercice simultané d'une activité salariée et d'une activité non salariée, il est possible de cesser ses activités salariées et de bénéficier de sa ou ses pensions au titre de ces activités tout en continuant à exercer des activités non salariées.

Dans son principe même, le dispositif régissant le cumul emploi-retraite autorise la reprise d'une nouvelle activité. A titre dérogatoire, il n'interdit pas également de poursuivre l'activité exercée antérieurement à la liquidation de la retraite.

Le droit à la retraite n'exclut pas le droit au travail. Il est ainsi possible :

- pour un ancien salarié, de percevoir sa retraite de base tout en exerçant une activité salariée pour le compte d'un nouvel employeur ou une activité non salariée n'entraînant aucun lien avec le dernier employeur (circulaires du 4 juillet 1984 et du 9 avril 1985) ;

- pour un ancien non salarié, de percevoir sa retraite de base et d'exercer :

- une activité salariée dans une entreprise ou une exploitation distincte de celle précédente ;
- une activité non salariée dans une entreprise ou une exploitation distincte de celle précédente.

Ce cumul peut être soumis à des restrictions plus importantes en matière de retraite complémentaire.

Pour les salariés, chaque institution de retraite complémentaire décide souverainement des règles à appliquer en la matière. D'une manière générale, le critère du salaire est déterminant : l'addition du salaire de la nouvelle activité et des retraites (base + complémentaire) ne doit pas dépasser le niveau de la rémunération précédant le départ en retraite. En revanche, la plupart des règlements des caisses autorisent la reprise d'une activité non salariée.

Pour les non-salariés, la position des caisses est généralement moins contraignante.

A titre dérogatoire, certaines activités peuvent par ailleurs être poursuivies après la liquidation de la retraite.

Le cumul emploi-retraite est ainsi autorisé pour la plupart des professions artistiques, pour les concierges et employés de maison, à la condition qu'ils soient logés par l'employeur et que leur rémunération n'excède pas la valeur mensuelle du SMIC, pour les nourrices, gardiennes d'enfants et assistantes maternelles, pour les personnes exerçant des fonctions de tierce-personne auprès d'une personne âgée, invalide ou handicapée.

De même, l'assuré qui transmet son entreprise entre 60 et 65 ans est autorisé à y poursuivre une activité rémunérée, tout en percevant sa pension, pendant une durée de six mois (loi du 31 décembre 1991).

En outre, l'exercice de certaines activités accessoires ne fait pas obstacle au versement de la pension : activités littéraires ou scientifiques exercées accessoirement avant la liquidation de la pension, participation aux activités juridictionnelles ou assimilées, participation à des jurys et instances consultatives ou délibératives réunies en vertu d'un texte législatif ou réglementaire (parlementaires, conseillers municipaux...), consultations données occasionnellement, activités bénévoles ou de faible importance...

Les activités, salariées ou non, exercées à l'étranger en qualité d'expatrié ne sont pas concernées par la règle de cessation d'activité.

Le dispositif de non-cumul ne s'applique pas aux assurés qui ne sont pas assujettis, à titre obligatoire ou facultatif, au versement de cotisations (les jetons de présence ou des avantages en nature peuvent être considérés comme des éléments de rémunération) : les gérants minoritaires ou égalitaires de SARL non rémunérés, les associés commanditaires dans les sociétés en commandite simple ou par actions, les administrateurs de sociétés anonymes, les présidents-directeurs généraux, les directeurs généraux et membres des directoires des sociétés anonymes ne percevant aucune rémunération.

Enfin, la retraite progressive ouverte aux salariés, aux artisans, industriels et commerçants permet de cumuler une fraction de sa retraite et la rémunération d'une activité poursuivie à temps partiel. Le bénéfice de ce dispositif est soumis à plusieurs conditions : avoir au moins 60 ans, justifier du nombre de trimestres exigé pour bénéficier d'une retraite à taux plein et exercer une activité à temps partiel.

L'ensemble des dispositions imposant la cessation de l'activité exercée au moment de la liquidation de la pension présente, depuis l'origine, un caractère explicitement provisoire. Fixée à l'origine au 31 décembre 1990, la date limite d'application a été repoussée d'un an par l'article 34 de la loi n° 91-73 du 11 janvier 1991, l'article 23 de la loi n° 91-1406 du 31 décembre 1991 et l'article 19 de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993. La loi quinquennale n° 93-1313 du 20 décembre 1993 relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle a repoussé cette date limite du 31 décembre 1993 au 31 décembre 1998. L'échéance a, une nouvelle fois, été reportée au 31 décembre 1999 par l'article 39 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998).

Ces dispositions ont donc pris, avec le temps, un caractère particulièrement durable que le présent article se propose de confirmer puisqu'il les proroge une nouvelle fois pour un an, jusqu'au 31 décembre 2000.

Le présent article procède par conséquent au remplacement de la référence au 31 décembre 1999 par la référence au 31 décembre 2000, aux articles L. 161-22 (régime général, régime des salariés agricoles et régimes spéciaux), L. 634-6 du code de la sécurité sociale (assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales), à l'article L. 353-1 du code rural et à l'article 14 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon.

L'Assemblée nationale a adopté cet article sans modification.

II - La position de votre commission

Pour la deuxième année consécutive, le projet de loi de financement de la sécurité sociale comporte une mesure prorogeant d'une année les dispositions limitant le cumul emploi-retraite.

Dans l'exposé des motifs de cet article, le Gouvernement justifie cette prorogation d'un an par les situations respectives du marché de l'emploi et de la branche vieillesse. La non-reconduction du dispositif institué en 1982 reviendrait en effet à autoriser le cumul sans limitation d'un emploi et d'une retraite, ce qui serait, selon l'exposé des motifs du projet de loi, préjudiciable à l'emploi et source de dépenses nouvelles pour la branche vieillesse.

En outre le Gouvernement précise dans l'exposé des motifs qu'« *un aménagement éventuel des règles nécessite une réflexion approfondie. Une mission en ce sens a été confiée à M. Dominique Balmay, conseiller d'Etat, le 30 juillet 1999, par la ministre de l'emploi et de la solidarité, le ministre de l'économie, des finances et de l'industrie, le ministre de la fonction publique, de la réforme de l'Etat et de la décentralisation et le secrétaire d'Etat au budget.* »

Votre rapporteur souhaite rappeler à cette occasion que le Gouvernement précisait déjà dans l'exposé des motifs de l'article 30 du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, qui allait devenir l'article 39 de la loi et qui prorogait les dispositions limitant le cumul emploi-retraite jusqu'au 31 décembre 1999, que « *ce délai d'un an permettra de procéder à une étude spécifique sur les dispositions régissant le cumul d'un emploi et d'une retraite dans le cadre de l'analyse confiée au Commissaire général du Plan sur la situation de l'ensemble des régimes de retraite, dont les conclusions doivent être déposées avant le 31 mars 1999* ».

Votre rapporteur observe que ce délai d'un an supplémentaire accordé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 n'a manifestement pas suffi au Gouvernement pour se forger une opinion sur l'utilité réelle de ce dispositif. La reconduction de ce dernier jusqu'au 31 décembre 2000, proposé

par le présent article, témoigne à l'évidence de l'embarras du Gouvernement sur cette question.

Votre rapporteur n'est pas insensible aux arguments avancés par le Gouvernement. Il relève cependant que les exceptions aux limites du cumul emploi-retraite sont aujourd'hui nombreuses et que l'impact réel qu'aurait la suppression de ces dispositions n'est pas clairement établi.

Le dispositif régissant le cumul emploi-retraite apparaît en effet limité et peu contraignant. Il laisse la place, sans aucune limite :

- au cumul de n'importe quelle activité avec une pension liquidée avant 60 ans : c'est notamment le cas dans les régimes spéciaux, principaux « exclus » du dispositif de cumul emploi-retraite ;

- au cumul de n'importe quelle retraite avec une activité professionnelle nouvelle ou un employeur différent ;

- le niveau de ressources ou de revenus disponibles demeure, dans les régimes de base, un critère d'autorisation ou d'interdiction de cumul d'un emploi et d'une retraite à peu près inexistant.

En outre, le système est complexe en raison du foisonnement des situations dérogatoires, de la multiplication des situations de polyactivité mettant en cause plusieurs régimes de retraite aux âges d'accession à la retraite différents.

Enfin, comme l'a montré l'annexe II du rapport *L'avenir de nos retraites*, ses incidences sur l'emploi apparaissent limitées.

Le cumul emploi-retraite

**(Annexe II du rapport *L'avenir de nos retraites*,
par M. Jean-Michel Charpin, Commissaire au Plan),**

L'abaissement de l'âge légal de la retraite à 60 ans en 1982 s'est accompagné de la mise en place d'une réglementation stricte du cumul d'une pension de retraite et d'un emploi à partir de 60 ans. Ce dispositif, amendé à plusieurs reprises, fait aujourd'hui l'objet d'une réglementation complexe, supportant de nombreuses dérogations.

L'incidence du cumul sur l'emploi serait modérée.

Les estimations actuelles du nombre de cumulants laissent à penser que l'impact sur l'emploi du cumul entre pension et activité serait assez limité. Avec le dispositif actuel, le SESI estime le nombre de retraités cumulant un emploi et une retraite à environ 280.000 (180.000 salariés et 100.000 non-salariés). 4 cumulants sur 10 ont moins de 60 ans.

Le cumul d'un emploi avec une retraite est plus fréquent avant 60 ans : il concerne environ 19 % des retraités de moins de 60 ans. A ces âges-là, le cumul est essentiellement le fait de personnes ayant entamé une seconde carrière après avoir exercé l'une des rares

professions dans la fonction publique ou dans les régimes spéciaux, qui imposent une retraite précoce et autorisent statutairement la perception de la pension. La moitié d'entre eux sont en effet d'anciens militaires et une forte minorité sont d'anciens mineurs. Ces jeunes cumulants effectuent leur seconde carrière dans le secteur privé, le plus souvent en tant que salarié.

A partir de 60 ans, le cumul est nettement moins fréquent (2 % des retraités de 60 ans et plus). Le cumul d'une retraite avec un emploi salarié reste une situation exceptionnelle. La grande majorité des cumulants salariés de 60 ans et plus gagne d'ailleurs moins de 1.000 francs par mois, ce qui suggère davantage une activité occasionnelle qu'une véritable activité professionnelle. Seul un quart des cumulants salariés -environ 19.000 personnes- cumulent leur retraite avec une activité salariée qui leur rapporte au moins 3.900 francs par mois. Ce sont les retraités les plus aisés (plus de 15.000 francs de retraite mensuelle) qui gagnent les salaires les plus élevés. C'est d'ailleurs dans cette tranche de retraite que le taux de cumul est le plus élevé : 4 % des retraités qui ont une pension supérieure à 15.000 francs sont des cumulants. En revanche, le taux de cumul est très faible chez ceux qui perçoivent une petite retraite (moins de 5.000 francs). Ceci suggère que le cumul est moins le fait de retraités percevant une pension modeste et cherchant à la compléter que de retraités aisés, le plus souvent d'anciens cadres, qui bénéficient d'opportunités d'emplois intéressantes qui les poussent au cumul.

En revanche, les retraités de 60 ans ou plus qui poursuivent une activité indépendante parallèle -environ 90.000 personnes- franchissent le plus souvent la barre des 1.000 francs mensuels.

Faut-il faire évoluer la législation sur le cumul emploi-retraite ?

La législation régissant le cumul emploi-retraite est arrivée à échéance le 31 décembre 1998. Elle a été prolongée d'un an. Sa refonte doit, en tout état de cause, être envisagée au regard des évolutions socio-économiques tant collectives (situation du marché du travail et contraintes financières pesant sur les régimes de retraite) qu'individuelles (évolution des fins de carrière, aspiration au temps libre).

Une autorisation de cumul sans restriction paraît peu satisfaisante, à l'heure même où des dispositifs publics (l'ARPE) s'efforcent d'organiser la substitution de jeunes travailleurs à des travailleurs âgés, plutôt que leur mise en concurrence. Or, l'autorisation du cumul intégral serait susceptible de modifier sensiblement le coût relatif du travail des jeunes et des vieux, ces derniers pouvant, dans un tel cas de figure, accepter un maintien en activité des niveaux de salaires plus faibles et donc intéressants pour l'employeur. En outre, une telle autorisation serait contradictoire avec la réforme de 1993 dans la mesure où elle encouragerait la liquidation à 60 ans, au risque d'aggraver la situation financière des régimes de retraite.

A l'inverse, dans la mesure où le cumul après 60 ans est essentiellement le fait de cadres et de professions indépendantes, une interdiction renforcée du cumul pénaliserait la transmission du savoir-faire et des entreprises familiales.

Votre rapporteur espère que la nouvelle étude qui a été demandée par le Gouvernement permettra d'apporter des éléments décisifs sur cette question complexe. Il observe que le rapport Charpin aura permis au Gouvernement de repousser une nouvelle fois :

- la nécessaire réforme de notre régime de retraite,
- la mise en place d'un dispositif pérenne de revalorisation des pensions,

- la décision sur le maintien ou non de l'interdiction du cumul emploi-retraite.

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

Art. 13

Intégration de la section professionnelle des géomètres et des experts agricoles et fonciers (CARGE) au sein de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV)

Objet : Cet article autorise un prélèvement sur le fonds de réserve et de compensation de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales (CNAVPL) pour financer l'intégration de la section professionnelle des géomètres et des experts agricoles et fonciers (CARGE) au sein de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV)

I - Le dispositif proposé

Le régime de retraite des professions libérales, institué par la loi n° 48-101 du 17 janvier 1948, couvre les personnes exerçant une profession libérale, à l'exception des artistes-auteurs, rattachés au régime général, et des avocats, qui dépendent de la Caisse nationale des barreaux français (CNBF), distincte de la CNAVPL depuis 1954.

Le régime est géré par treize caisses dites « sections professionnelles », juridiquement et financièrement autonomes, réunies au sein de la caisse nationale, organisme de coordination, de compensation financière et de garantie de solvabilité.

Les sections regroupent les professions suivantes : notaires (CRN), officiers ministériels (CAVOM), médecins (CARMF), chirurgiens-dentistes (CARCD), pharmaciens (CAVP), sages-femmes (CARSAF), vétérinaires (CARPV), agents généraux d'assurances (CAVAMAC), experts-comptables (CAVEC), géomètres (CARGE). Trois sections ont un caractère interprofessionnel : la CARPIMKO (auxiliaires médicaux), la CREA (professeurs de musique, arts appliqués, sports, tourisme) et la CIPAV (architectes, ingénieurs, interprètes...).

Les treize sections professionnelles, dont les statuts sont différents, ont pour vocation initiale de servir, sous certaines conditions, une allocation du régime de base. La Caisse nationale assure une compensation financière des charges de l'allocation de base supportées par les sections professionnelles au titre des droits

propres, en fonction de la situation démographique de chaque profession et de la situation économique de ses ressortissants.

Chaque section professionnelle gère un ou plusieurs régimes complémentaires obligatoires ou facultatifs ayant pour objet le service des pensions de vieillesse complémentaires ou la couverture des risques invalidité et décès.

La section professionnelle des géomètres et des experts agricoles et fonciers, gérée par la Caisse autonome de retraite des géomètres experts (CARGE), est un petit régime qui ne compte que 1.700 cotisants. Elle se trouve confrontée, depuis le début des années 1990, à une dégradation de son rapport démographique, qui menace sa pérennité. Cette dégradation vient pour partie de ce qu'un nombre croissant de géomètres experts optent pour le statut de gérants minoritaires et cessent par conséquent d'être affiliés à la CARGE.

Il a donc été décidé d'intégrer la CARGE dans une autre caisse de la CNAVPL, la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse (CIPAV). Cette caisse, beaucoup plus importante puisqu'elle regroupe 63.000 cotisants, accueille les architectes, ingénieurs, experts et conseils ; elle connaît une forte progression du nombre de ses cotisants et se trouve dans une situation démographique et financière favorable.

Cette opération d'intégration a été réalisée par deux décrets qui viennent d'être publiés au *Journal officiel* du 28 octobre 1999 : le décret n° 99-912 du 21 octobre 1999 portant suppression d'une section professionnelle de l'Organisation autonome d'assurance vieillesse des professions libérales et modifiant le code de la sécurité sociale (deuxième partie : Décrets en Conseil d'Etat) et le décret n° 99-913 du 21 octobre 1999 fixant les modalités d'intégration des géomètres experts et des experts agricoles et fonciers aux régimes relevant de la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse.

Cette intégration a naturellement un coût pour la caisse d'accueil. Comme le souligne l'exposé des motifs de cet article « *malgré les efforts consentis par les ressortissants des deux régimes, cette opération n'aurait cependant pas pu être entièrement financée sans le recours à la solidarité des autres professions libérales.* » Ces dernières ont donc consenti à une participation financière du fonds de réserve et de compensation de la CNAVPL, prévu à l'article R. 642-4 du code de la sécurité sociale.

L'intégration de la CARGE au sein de la CIPAV sera par conséquent financée par un versement du fonds de réserve et de compensation de la CNAVPL au régime de retraite complémentaire de la CIPAV.

Le montant de ce versement unique ne pourra excéder le tiers des ressources disponibles du fonds au 31 décembre 1999, estimées à environ

400 millions de francs. Selon les informations obtenues par votre rapporteur, ce versement sera d'un montant de 92 millions de francs.

Seule une disposition législative pouvait autoriser un tel versement.

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

II - La position de votre commission

L'opération d'intégration de la CARGE au sein de la CIPAV a fait l'objet d'une large concertation qui a permis de recueillir l'accord de toutes les parties concernées. Cet article répond donc au souhait exprimé par les responsables de la CNAVPL.

Sur le fond, votre commission est naturellement favorable à cet article. Elle observe à cette occasion que la capacité des régimes de retraite à se réformer paraît inversement proportionnelle au rôle que joue l'Etat dans leur gestion.

S'agissant de la méthode, votre commission constate que l'opération d'intégration résulte de deux décrets en date du 21 octobre dernier, parus le 28 octobre, soit à un moment où l'Assemblée nationale ne s'était pas encore prononcée sur le présent article, dont l'adoption constitue pourtant une condition nécessaire de l'opération. Le Gouvernement tenait sans doute pour acquis le vote de cet article par le Parlement... On est tout de même en droit de se demander ce qu'il adviendrait si le législateur s'avisait de le rejeter.

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

Art. 13 bis (nouveau)

**Possibilité de rachat de cotisations d'assurance vieillesse
pour les artisans et les commerçants**

Objet : Cet article vise à permettre, pendant un an, aux artisans et aux commerçants de racheter les cotisations d'assurance vieillesse pour les périodes antérieures à 1973.

I - Le dispositif adopté par l'Assemblée nationale

Les artisans et les commerçants disposent d'un régime d'assurance vieillesse obligatoire, géré par la CANCAVA et l'ORGANIC, dont les modalités de cotisation sont différentes selon qu'il s'agit des périodes avant ou après le 1^{er} janvier 1973, date à laquelle ces régimes ont été alignés sur le régime général. Avant le 1^{er} janvier 1973, la cotisation était établie par tranches de revenus ouvrant droit à un certain nombre de points.

Or certains assurés n'ont pu, pour des raisons diverses, acquitter leurs cotisations, avec pour conséquence une diminution de leurs droits à pension à retraite.

Cet article additionnel, qui résulte d'un amendement présenté par le Gouvernement et adopté à l'unanimité par l'Assemblée nationale en première lecture, ouvre la possibilité aux assurés de ces régimes de régulariser leur situation et de verser des cotisations pour la période avant 1973.

S'agissant d'un dispositif dérogatoire, cette possibilité de rachat est ouverte pour une durée d'une année suivant l'entrée en vigueur du décret en Conseil d'Etat qui fixe les conditions d'application du présent article. Par ailleurs, le coût du rachat est calculé pour être neutre sur l'équilibre à terme des caisses de retraite. La possibilité de rachat n'est ouverte qu'aux personnes à jour du paiement des cotisations échues depuis le 1^{er} janvier 1973. En outre, la demande de rachat doit porter sur l'intégralité des cotisations dues.

C'est la quatrième -et probablement dernière- fois qu'une telle possibilité est offerte aux commerçants et artisans.

II - La position de votre commission

Votre commission est favorable à cet article, qui concerne toutefois un nombre très limité de personnes. Parmi les 3.000 artisans et commerçants potentiellement concernés par cette disposition, rares seront ceux qui demanderont effectivement à bénéficier de cette possibilité de rachat, qui s'avère très coûteuse pour les intéressés.

Le délai d'un an prévu par cet article pour présenter la demande de rachat des cotisations a paru un peu court à votre commission qui vous proposera de le porter, par amendement, à deux années. Cette modification permettra de laisser le temps nécessaire pour que l'ensemble des personnes intéressées se manifestent. On peut espérer qu'il ne sera dès lors plus nécessaire d'offrir une nouvelle fois, dans quelques années, cette possibilité de rachat.

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

Section 3
-
Branche maladie

Art. 14

(art. L. 355-23 du code de la santé publique, art. L. 174-16 nouveau du code de la sécurité sociale, art. 6 bis de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967)

**Transfert à l'assurance maladie du financement
de centres de dépistage ou d'éducation familiale**

Objet : Cet article, qui n'a pas été modifié par l'Assemblée nationale, a pour objet de transférer à compter du 1^{er} janvier 2000 aux organismes d'assurance maladie les dépenses engagées par l'Etat au titre du dépistage et du traitement de certaines maladies réalisées par les consultations de dépistage anonyme et gratuit (CDAG) et les centres de planification ou d'éducation familiale (CPEF).

I - Le dispositif proposé

• Paragraphe I

Depuis la loi n° 87-588 du 30 juillet 1987, le représentant de l'Etat désigne dans chaque département au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite le dépistage de l'infection par le virus de l'immuno-déficiences humaine. Cette obligation est prévue par l'article L. 355-23 du code de la santé publique, lequel dispose aussi qu'un décret déterminera les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes sont prises en charge par l'Etat et l'assurance maladie.

Le décret n° 92-697 du 17 juillet 1992 a fixé à 15 % seulement la part du financement relevant de l'Etat, le reste étant à la charge de l'assurance maladie.

Le présent paragraphe modifie les dispositions de cet article L. 355-23 du code de la santé publique. Il dispose que les dépenses des CDAG seront désormais intégralement prises en charge par l'assurance maladie, laquelle ne devra pas subordonner les actes de dépistage effectués par ces centres à la vérification que ses bénéficiaires sont des assurés sociaux.

Cette précision, moins de trois mois après la promulgation d'une loi instituant une couverture maladie universelle, montre la confiance que le Gouvernement accorde à la portée de sa loi dans son volet sur l'assurance maladie de base...

Le Gouvernement estime à 26,6 millions de francs la portée du transfert financier de l'Etat vers l'assurance maladie. Cette estimation repose sur les crédits ouverts par la loi de finances pour 1999 à l'article 30 du chapitre 47-18 du budget de la santé et de la solidarité, sans aucune réévaluation prenant en compte, au moins, le taux de progression des dépenses générales de l'Etat.

En outre, toute estimation par rapport aux dépenses engagées par les CDAG au titre des années précédentes serait probablement erronée, la loi n° 99-641 du 29 juillet 1999 instituant une couverture maladie universelle ayant doublement étendu la mission des CDAG.

Aux termes de cette loi, en effet, les CDAG seront désormais chargées, non seulement du dépistage du VIH, mais aussi :

- d'accompagner les malades dans la recherche de soins appropriés ;
- et de participer à la lutte contre d'autres maladies transmissibles, notamment les hépatites virales.

Compte tenu du nombre très élevé des personnes atteintes par le virus de l'hépatite C qui ne connaissent pas leur état (environ 50 % des 400.000 à 500.000 personnes qui auraient contracté le virus), les dépenses de dépistage à la charge des CDAG au titre de l'hépatite C seront probablement très élevées au cours des années qui viennent. Et, aux termes de la loi créant une couverture maladie universelle, il appartiendra au préfet du département d'« habiliter » les CDAG à participer à la lutte contre les autres maladies transmissibles.

Ainsi, au mois de juin, le Gouvernement élargit les missions des centres, et au mois de novembre, il propose d'en transférer la charge financière à l'assurance maladie.

Votre commission ne peut adhérer à pareille démarche.

• **Paragraphe II**

Ce paragraphe insère, au chapitre IV (*Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements*) du titre VII (*Coordination entre les régimes- Prise en charge de certaines dépenses par les régimes*) du livre premier (*Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base*) du code de la sécurité sociale, une section IX intitulée « *Dépenses relatives aux prestations dispensées*

dans des consultations à vocation préventive », qui comprend un seul article L. 174-16 nouveau.

Cet article prévoit que les dépenses des centres situés dans des établissements de santé seront financées sur la dotation globale des hôpitaux et incluses dans l'objectif prévisionnel des dépenses hospitalières. Elles seront réparties entre régimes suivant la même clé de répartition que celle de la dotation globale hospitalière.

Pour les dépenses correspondant aux centres situés dans des structures autres que des établissements de santé, le financement par l'assurance maladie sera effectué par une dotation forfaitaire annuelle.

• **Paragraphe III**

Ce paragraphe modifie l'article 6 bis de la loi du 27 décembre 1967 relative à la régulation des naissances, qui organise l'intervention des centres de planification ou d'éducation familiale. Il prévoit que ces centres peuvent, dans le cadre de leur activité de prescription de la contraception, assurer de manière anonyme le dépistage et le traitement des maladies sexuellement transmissibles.

Dans sa version en vigueur, l'article 6 bis prévoit que leur activité est gratuite pour les mineurs et pour les personnes qui ne bénéficient pas d'une couverture maladie. Le financement de l'activité des centres est assuré par l'Etat et l'assurance maladie, selon une clé de répartition fixée par décret : la part de l'Etat s'élève aujourd'hui à 30 %.

Les modifications introduites par le projet de loi visent à introduire le principe d'un financement exclusif par l'assurance maladie, sur la base des tarifs conventionnels. Comme au paragraphe I, le texte prévoit qu'il n'est fait application, ni de la législation relative au ticket modérateur, ni de celle qui concerne l'ouverture du droit aux prestations d'assurance maladie. Aux termes de la loi instituant une couverture maladie universelle, pourtant, tous les résidents bénéficient d'une couverture de base...

L'ampleur du transfert financier est évaluée par le Gouvernement à 2,72 millions de francs. Il intervient alors que le Gouvernement annonce, dans le dossier de presse du ministère consacré au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, un plan national d'information et d'action destiné à assurer un exercice effectif du droit à la contraception et la réalisation d'une campagne de communication en faveur de la contraception d'urgence, de nature à favoriser une augmentation de ces dépenses.

• **Paragraphe IV**

Ce paragraphe prévoit que ce transfert financier entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2000.

Votre commission ne saurait accepter ce transfert de charges vers l'assurance maladie qui s'élève, au titre de cet article 14 du projet de loi, à 29,72 millions de francs et qui est complété, dans l'article 15, par un transfert de 73 millions de francs.

Les arguments développés à l'Assemblée nationale selon lesquels les crédits budgétaires ainsi économisés permettront de développer d'autres actions, telle que celles relevant de la solidarité thérapeutique internationale, sont inopérants pour justifier un transfert de compétences sans transfert financier correspondant.

De même, l'argument selon lequel la participation de l'Etat à un dispositif de dépistage anonyme et gratuit se justifiait tant que l'assurance maladie ne remboursait pas à 100 % ce dépistage ne saurait être retenu : on pourrait en effet tout aussi bien dire en suivant ce raisonnement que, maintenant que l'assurance maladie rembourse à 100 % le dépistage des anticorps VIH, les centres de dépistage anonyme et gratuit n'ont plus de raison d'être.

II - La position de votre commission

Compte tenu des considérations développées ci-dessus, **votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.**

Art. 15

(art. 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970, art. L. 628-5 du code de la santé publique, art. L. 174-17 nouveau du code de la sécurité sociale)

**Transfert à l'assurance maladie des dépenses liées
aux cures de désintoxication réalisées à l'hôpital**

Objet : Cet article, qui n'a pas été modifié par l'Assemblée nationale, a pour objet de transférer à compter du 1^{er} janvier 2000 aux organismes d'assurance maladie les dépenses engagées par l'Etat au titre des cures de désintoxication des personnes toxicomanes réalisées avec hébergement dans les établissements de santé.

I - Le dispositif proposé

• Paragraphe I

Ce paragraphe modifie l'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 modifiée relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses. Dans sa version en vigueur, celui-ci organise la prise en charge exclusive par l'Etat des dépenses de prévention et d'hospitalisation et de soins délivrés aux personnes toxicomanes.

Aux termes des dispositions du présent paragraphe, l'article 3 de ladite loi maintiendrait à la charge de l'Etat les dépenses de prévention prévues au titre VI (*Lutte contre la toxicomanie*) du livre III (*Lutte contre les fléaux sociaux*) du code de la santé publique ainsi que les dépenses de soins des personnes se présentant spontanément aux services de prévention ou de cure. En revanche, les dépenses relatives aux cures de désintoxication, lorsqu'elles sont réalisées avec hébergement dans un établissement de santé, seraient intégralement prises en charge par l'assurance maladie, avec dispense de ticket modérateur et de forfait hospitalier, et sans qu'il soit fait application de la législation relative à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base.

• Paragraphe II

Ce paragraphe procède à pareil transfert financier en ce qui concerne les cures de désintoxication ordonnées par décision de justice. L'article L. 628-5 du code de la santé publique prévoit que cette cure sera réalisée, soit dans un établissement spécialisé, soit sous surveillance médicale, l'autorité judiciaire étant informée de son déroulement et de ses résultats par le médecin responsable. Dans sa version en vigueur, l'article L. 628-5 dispose également que les dépenses afférentes sont à la charge exclusive de l'Etat.

Le présent paragraphe II modifie l'article L. 628-5 du code de la santé publique en instituant une répartition des charges entre l'Etat et l'assurance maladie. Il prévoit ainsi que, si les dépenses d'aménagement des centres de cure et les dépenses de soins seront financées par l'Etat, l'assurance maladie assumera les dépenses d'hospitalisation susceptibles d'être entraînées par les cures de désintoxication ordonnées par des décisions de justice. Cette prise en charge sera effectuée sans ticket modérateur ni forfait journalier, et sans que soient appliquées les dispositions législatives concernant l'ouverture des droits à l'assurance maladie.

• Paragraphe III

Ce paragraphe insère dans le chapitre IV (*Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements*) du titre VII (*Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes*) du livre premier (*Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base*) du code de la sécurité sociale, une section X intitulée « *Dépenses afférentes aux cures de désintoxication* », comportant un seul article L. 174-17.

Cet article prévoit que l'ensemble des dépenses de cure de désintoxication en établissement, qu'elles fassent ou non suite à une décision de justice, seront intégrées dans la dotation globale des établissements de santé. Elles seront réparties entre régimes avec la dotation globale hospitalière et entreront dans l'objectif de dépenses hospitalières issu de l'ONDAM.

• Paragraphe IV

Ce paragraphe prévoit que le transfert financier, qui peut être évalué à 73 millions de francs, entrera en vigueur au 1^{er} janvier 2000.

Pour les mêmes raisons que celles exposées sous l'article 14 du présent projet, encore renforcées dans la mesure où cet article met à la charge des hôpitaux publics des dépenses résultant de l'exécution de décisions de justice, votre commission refuse ce transfert de compétences qui ne s'accompagne pas de celui des moyens financiers correspondants.

II - La position de votre commission

Compte tenu des considérations formulées ci-dessus, **votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.**

Art. 16

(art. L. 765-1 nouveau du code de la santé publique, art. L. 162-32, art. L. 162-32-1 à L. 162-32-3 nouveaux du code de la sécurité sociale)

Centres de santé

Objet : Cet article procède à la reconnaissance législative des missions des centres de santé et institue un mode conventionnel de régulation de leur activité.

I - Le dispositif proposé

Le présent article vient combler une double lacune du code de la sécurité sociale en ce qui concerne les centres de santé.

D'une part, en effet, si l'article L. 162-32 dudit code régit, dans sa version en vigueur issue de l'article 16 de la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991, les tarifs applicables aux centres de santé conventionnés avec l'assurance maladie et procède ainsi à la reconnaissance législative de ces centres, il n'en définit, ni la nature, ni les missions.

D'autre part, les dépenses de l'assurance maladie consacrées à la prise en charge des soins dispensés par les centres de santé ne font l'objet d'aucune régulation. Et, si leur volume global demeure marginal par rapport aux dépenses totales de l'assurance maladie (environ 1 % des dépenses exécutées en ville et 4,5 % de l'enveloppe « autres prescripteurs »), les données de la CNAMTS font apparaître une forte progression des remboursements aux centres de santé.

Ainsi, selon le rapport de l'IGAS de décembre 1998 (rapport n° 1998.153), les postes de dépenses des centres dont la croissance était la plus élevée, en 1998, étaient les consultations médicales (+ 16,9 %), les actes de radiologie (+ 16,2 %) et l'activité dentaire (+ 11,2 %).

Selon ce rapport, l'essor de ces dépenses pouvait être en partie attribué « à une intensification de l'activité des centres, afin de redresser des finances souvent déséquilibrées ». Celui-ci affirmait par ailleurs que « les déficits sont très fréquents dans les centres, mais le manque de transparence financière dans des structures comptablement non autonomes ne permet pas d'apprécier véritablement la sincérité des résultats affichés ».

En conclusion, le rapport recommandait l'institution d'un cadre conventionnel qui permettrait notamment de soutenir les actions « hors soins » des centres de santé en précisant les critères de qualité de l'action et prévoyant un renforcement de l'évaluation très défailante aujourd'hui. Elle permettrait également

de « réactiver les contrôles » et « d'envisager des formules spécifiques de développement de la qualité et de maîtrise des dépenses ».

• Paragraphe I

Le paragraphe I du présent article insère dans le livre VII du code de la santé publique, jusqu'ici consacré aux établissements de santé, au thermo-climatisme et aux laboratoires et dont l'intitulé devient « *Etablissements de santé, thermo-climatisme, laboratoires et centres de santé* », un titre IV concernant les centres de santé.

Ce titre IV comprendra un seul article L. 765-1 définissant les missions et les modes de gestion des centres.

Aux termes de cet article, les centres de santé « *assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé* ».

La définition de ces missions intervient après que le rapport de l'IGAS précité a estimé que, si la création des centres avait répondu à certains desseins de nature sociale (assurer l'accès aux soins, répondre aux besoins particuliers de certains types de clientèle tels que les jeunes, les chômeurs, les personnes âgées isolées...) et sanitaire (montrer qu'il est possible de soigner au meilleur coût, soigner « autrement » en prenant en compte l'individu dans sa globalité, voire étendre leur activité à la prévention primaire et secondaire et contribuer à l'éducation sanitaire), le service rendu par les centres était parfois très proche de celui de la médecine libérale. Cependant, ce rapport a notamment reconnu l'existence de « *réelles et intéressantes actions de prévention primaire, de dépistage, d'éducation sanitaire, de participation à des recherches épidémiologiques* ».

L'article L. 765-1 nouveau du code de la santé publique prévoit également que les centres sont créés et gérés, soit par des organismes à but non lucratif à l'exception des établissements de santé, soit par des collectivités territoriales. Il institue aussi une procédure d'agrément des centres par l'autorité administrative, dans des conditions prévues par le code de la sécurité sociale (voir paragraphe II).

Votre commission vous propose de compléter cet article en établissant clairement que cet agrément est indispensable pour dispenser des soins aux assurés sociaux.

• Paragraphe II

Ce paragraphe modifie l'intitulé de la section VII du chapitre II du titre VI du code de la sécurité sociale, qui devient « *Centres de santé* ». Cet intitulé était inadapté, même dans sa version en vigueur, puisque cette section, qui ne comportait

qu'un article consacré aux centres de santé, s'intitulait « *Tarifification des soins et des appareils* ».

Le paragraphe II du présent article procède également à une nouvelle rédaction de l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale et insère dans la section VII trois autres articles, les articles L. 162-32-1 à L. 162-32-3.

L'article L. 162-32, dans sa rédaction proposée par le projet de loi, définit tout d'abord la procédure d'agrément instituée par le code de la santé publique. Il s'agit d'un agrément de nature technique : pour y prétendre, les centres de santé devront fonctionner dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. Dans sa rédaction en vigueur, l'article L. 162-32 prévoit, lui aussi, un agrément, mais sans en décrire, ni le contenu, ni l'autorité qui le délivre.

Votre commission vous propose une modification formelle de cet article tendant à insérer dans le code de la santé publique, plutôt que dans celui de la sécurité sociale, le contenu de la procédure d'agrément.

L'article L. 162-32 tel que proposé par le projet de loi confirme le versement aux centres d'une subvention de l'assurance maladie correspondant à une partie des cotisations maladie dues par les professionnels qu'ils emploient. Curieusement, alors que le projet de loi institue une régulation conventionnelle du secteur des centres de santé et prévoit l'adhésion de ces centres à la convention nationale, il ne réserve pas aux seuls centres ayant adhéré à la convention le bénéfice de cette subvention.

Votre commission vous propose de modifier en ce sens les dispositions de cet article.

L'article L. 162-32-1 inséré par le projet de loi dans le code de la sécurité sociale donne les bases légales à un dispositif national conventionnel de régulation. Un tel dispositif avait été recommandé par le rapport précité de l'IGAS, qui faisait valoir qu'une convention nationale des centres de santé pourrait être l'instrument de l'adaptation ou d'ajustements de l'exercice professionnel en leur sein, en définissant des exigences ou des avantages spécifiques.

Le dispositif conventionnel prévu par l'article L. 162-32-1 consiste en un « accord national » (votre commission vous proposera de l'intituler « convention nationale » afin d'éviter toute ambiguïté dans la rédaction de l'article L. 162-32-3) conclu pour une durée de cinq ans entre, d'une part, la CNAMTS et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie et, d'autre part deux organisations représentatives des centres de santé. L'une de ces organisations devra être représentative des centres de soins infirmiers, l'autre devant être représentative des centres de soins médicaux, dentaires et polyvalents.

Cet accord, aux termes du projet de loi, comportera trois séries de dispositions. Les premières sont relatives aux obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé. Les dispositions relatives à ces obligations figurent dans tous les textes législatifs concernant les conventions avec les professionnels de santé. Les secondes concernent les missions spécifiques des centres de santé : le texte prévoit ainsi que les conventions définiront les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire et les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la coordination des soins. Enfin, une troisième série de dispositions a trait aux conditions particulières d'exercice des professionnels au sein des centres de santé. La convention déterminera ainsi les conditions d'application des conventions conclues avec les professionnels de santé libéraux dans les centres et les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte des activités de soins et des activités non curatives, notamment en ce qui concerne la prévention et l'éducation pour la santé. L'article précise que les tarifs en centre de santé ne pourront être inférieurs aux tarifs conventionnels.

A l'Assemblée nationale, les dispositions faisant entrer dans le champ conventionnel la définition des conditions de la dispense de frais pour la part garantie par les organismes d'assurance maladie ont été supprimées au profit d'une règle générale selon laquelle les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux du tiers payant pour cette part garantie par l'assurance maladie.

L'article L. 162-32-1, tel que proposé par le projet de loi ne fait aucune référence à un mécanisme, ou même à un objectif de maîtrise des dépenses. Or, si les dépenses des centres de santé demeurent peu importantes par rapport à l'ensemble des dépenses de soins réalisées en ville, l'analyse de leur progression annuelle aurait pu inciter à réfléchir à cette question. Si le projet de loi était adopté en l'état, les centres de santé constitueraient ainsi le seul secteur conventionné dont la convention serait muette en matière de maîtrise des dépenses.

Certes, compte tenu précisément de la relative faiblesse de l'enjeu financier et « *de la difficulté vraisemblable de l'exécution d'un tel projet* », le rapport précité de l'IGAS n'avait pas préconisé de prévoir une « *mise sous enveloppe* » du secteur des centres de santé.

Dans un souci d'égalité, et aussi parce que des difficultés d'exécution peuvent être maîtrisées, surtout lorsqu'elles ne sont que « *vraisemblables* », votre commission vous propose de modifier le dispositif proposé par le projet de loi. Elle souhaite ainsi qu'une annexe annuelle à la convention détermine l'objectif de dépenses des centres de santé, ainsi que les modalités permettant de favoriser le respect de cet objectif au cours de l'année.

L'article L. 162-32-2 inséré par le présent article dans le code de la sécurité sociale prévoit les conditions d'entrée en vigueur de l'accord national, de ses annexes et de ses avenants : elles sont identiques aux conditions d'entrée en vigueur

de l'ensemble des conventions nationales des professions de santé. L'article prévoit aussi que, pour être conventionnés, les centres doivent adhérer à la convention dans un délai qu'elle détermine. Enfin, en cas d'absence d'accord ou pour les centres qui n'y ont pas adhéré, les tarifs applicables sont les tarifs conventionnels des professionnels de santé. Une telle disposition confirme l'intérêt d'une modification de l'article L. 162-32 afin d'introduire un lien entre adhésion à la convention et versement des subventions des caisses : en l'absence d'une telle modification, en effet, les centres n'auraient pas nécessairement d'intérêt financier à adhérer à la convention nationale des centres de santé.

Enfin, l'article L. 162-32 prévoit une procédure de déconventionnement pour les centres qui auraient violé l'accord national.

Pour des raisons pratiques, votre commission vous propose de modifier l'intitulé de l'accord national en « convention nationale ». Il est plus cohérent en effet de parler de « *déconventionnement* » lorsqu'il y a convention que lorsqu'il y a « *accord* ».

• **Paragraphe III**

Le présent paragraphe prévoit des dispositions transitoires. Il prolonge d'abord l'effet de l'agrément obtenu par les centres de santé sous le régime prévu par le droit en vigueur avant la date de promulgation de la présente loi. Il prévoit aussi que, dans les centres de santé non agréés, les tarifs applicables sont les tarifs conventionnels.

Votre commission vous propose de supprimer cette dernière disposition, estimant (*cf. commentaire sous paragraphe I*) que seuls les centres de santé agréés peuvent dispenser des soins aux assurés sociaux.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose neuf amendements aux différents paragraphes de cet article (*cf. ci-dessus*). **Elle vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.**

Art. 17

(*art. L. 162-1-8, L. 162-5-2 à L. 162-5-8, L. 162-5-9, L. 162-5-11, L. 162-5-11, L. 162-9, L. 162-12-2 à L. 162-12-5 à L. 162-12-7, art. L. 162-12-3 et L. 162-12-4 nouveaux, art. L. 162-12-9 à L. 162-12-12, L. 162-14-1 à L. 162-14-4, art. L. 162-12-17 et L. 162-12-18, L. 162-14, L. 162-15, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 nouveaux, art. L. 227-1, L. 322-5-4 et L. 322-5-5, L. 645-2 et L. 645-2-1, L. 722-4 et L. 722-4-*

1

du code de la sécurité sociale)

**Régulation des soins de ville par la Caisse nationale
de l'assurance maladie des travailleurs salariés**

Objet : Cet article, qui procède à une réécriture complète de la quarantaine d'articles du code de la sécurité sociale consacrés aux conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, sous couvert de « responsabiliser » la CNAMTS dans la régulation des honoraires des professionnels de santé, réduit cette régulation à un système de « lettres-clés flottantes », imposé à l'assurance maladie et aux professionnels de santé, qui dissuadera ces derniers d'entrer dans tout régime conventionnel.

En préalable au commentaire de cet article, votre commission regrette la méthode retenue par le Gouvernement de réécrire complètement, avec une architecture et une numérotation différentes de celles du droit en vigueur, une quarantaine d'articles du code de la sécurité sociale.

Une telle méthode, concevable, voire souhaitable, pour mettre en œuvre une réforme ambitieuse d'ensemble, ne se justifie pas pour introduire dans toutes les conventions un dispositif de lettres-clés flottantes et contraindre l'assurance maladie à rédiger de multiples rapports écrits chaque année pour chaque profession concernée : quelques articles additionnels auraient suffi.

Cette méthode a pour effet, en pratique, d'empêcher votre commission d'amender directement le dispositif proposé par le projet de loi, sauf à produire un texte illisible, empêtré dans des « renumérotations » successives des articles du code ou, en d'autres termes, à proposer un dispositif, souffrant des mêmes défauts que le texte du projet de loi, qui ne pourrait être compris et discuté, à l'exception de quelques spécialistes munis de leur code, ni par les parlementaires, ni par les professionnels concernés.

Aussi, dans un souci de lisibilité, votre commission a préféré vous proposer un dispositif alternatif, clair et concis, qui présente l'avantage de mettre en lumière son refus de mettre à bas le système conventionnel de relations entre les professionnels et l'assurance maladie, de réduire le rôle de l'assurance maladie à l'ajustement comptable des tarifs et à la production de multiples rapports écrits adressés au Gouvernement. Ce dispositif reprend celui qui avait été adopté l'an dernier par le Sénat qui avait ainsi voulu signifier son opposition au mécanisme inconstitutionnel de reversement proposé par le projet de loi.

I - Le dispositif proposé

A - Paragraphes I à IX : redéfinition des conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé, avec l'institution de « lettres-clés flottantes »

Le paragraphe I modifie l'article L. 162-9 du code de la sécurité sociale, qui définit le contenu des conventions conclues entre l'assurance maladie et les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes et les auxiliaires médicaux.

Le 1° déplace à la fin de l'article les dispositions issues de la loi instituant une couverture maladie universelle qui tendent à limiter les dépassements d'honoraires pour les professionnels délivrant des soins aux bénéficiaires de la CMU.

Le 2° supprime la référence aux tarifs des honoraires dans la définition des éléments de la convention, la fixation de ces tarifs relevant de l'annexe annuelle à cette convention. L'adoption d'une telle disposition obligerait les signataires d'une convention à signer systématiquement un avenant tarifaire dès la première année d'application de la convention.

Le 3° et le 5° modifient la structure et les visas internes de l'article, les 3°, 4° et 5° devenant 2°, 3° et 4° à la suite de la suppression du 2°.

Le 4° et le 7° donnent aux partenaires conventionnels la possibilité de déroger aux principes fondamentaux du droit de la sécurité sociale, et notamment ceux qui concernent le paiement à l'acte, le paiement direct des honoraires par le malade, les frais couverts par l'assurance maladie et le ticket modérateur pour définir le contenu de nouveaux thèmes conventionnels : les conditions d'exercice propres à favoriser la coordination des soins, comme celles qui permettent la prise en charge globale de patients dans le cadre de réseaux de soins, et les modes de rémunération autres que le paiement à l'acte associés à des activités de prévention. Le 7° prévoit en effet que, pour la mise en œuvre des dispositions conventionnelles résultant de l'extension du champ conventionnel, « *il peut être fait application des dérogations mentionnées au II de l'article L. 162-31-1* ». Les partenaires conventionnels n'ont donc pas besoin de passer par le conseil d'orientation prévu à l'article L. 162-31-1, ils peuvent édicter ces dérogations par eux-mêmes.

Ces dispositions revêtent une très grande importance, car, en permettant aux partenaires conventionnels, par accord, de déroger librement aux principes fondamentaux de la sécurité sociale, elles méconnaissent la portée de l'article 34 de la Constitution qui dispose que le Parlement « *détermine les principes fondamentaux* » du droit de la sécurité sociale : les textes concernant le paiement direct, le paiement à l'acte, le champ de la prise en charge des soins par l'assurance maladie font assurément partie de ces principes fondamentaux.

Une telle convention dérogatoire est réputée approuvée par le ministre en l'absence d'opposition au terme d'un délai de 45 jours (*cf. paragraphe V du présent article*). Et encore l'opposition des ministres ne peut être fondée que sur la non-conformité de la convention par rapport aux lois et règlements en vigueur : on ne comprend pas bien, dans ces conditions, ce qui pourrait motiver le refus du ministre s'agissant d'un texte conventionnel que la loi a autorisé à déroger aux principes fondamentaux de la sécurité sociale...

Il s'agit là d'un système très différent, par nature, du dispositif expérimental institué par les ordonnances du 24 avril 1996, qui est inscrit à l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale. Les dérogations qu'il prévoit sont autorisées pour une durée de cinq ans, avec l'accord du bénéficiaire de l'assurance maladie concerné, et après avoir été agréées par l'autorité compétente de l'Etat. Cet agrément ne peut intervenir qu'après avis d'un conseil d'orientation comprenant des représentants de l'assurance maladie et des professionnels.

Expérimentation, dans un cas, autorisation permanente de dérogation, sans opposition ministérielle possible, de l'autre : votre commission estime que ces dispositions, qui sont aussi introduites par le présent projet de loi pour les conventions conclues avec les infirmières (**paragraphe II** du projet, art. L. 162-12-2), les masseurs-kinésithérapeutes (**paragraphe III**, art. L. 162-15-9) et les directeurs de laboratoires d'analyses médicales (**paragraphe IV**, art. L. 162-14), ne sont pas conformes à la Constitution.

Le 6° du paragraphe I du présent article 17 du projet de loi abroge les dispositions de l'article L. 162-9 relatives aux conditions d'entrée en vigueur des conventions : le projet de loi prévoit en effet, dans le paragraphe V du même article, des conditions d'entrée en vigueur communes pour l'ensemble des conventions conclues entre l'assurance maladie et les professionnels de santé.

Le **paragraphe IV** du présent article, outre l'extension du champ conventionnel qu'il prévoit au profit des directeurs de laboratoires d'analyses médicales (*cf. commentaire sous paragraphe I*), modifie le dispositif de régulation en vigueur depuis 1991 (*loi n° 91-738 du 31 juillet 1991*), qui reposait sur un tripartisme faisant intervenir l'Etat, l'assurance maladie et les directeurs de laboratoires d'analyses médicales. Désormais, ces professionnels seront soumis à un régime de droit commun, c'est-à-dire à des relations conventionnelles bipartites avec l'assurance maladie. Le paragraphe IV modifie donc en conséquence l'article L. 162-14 du code de la sécurité sociale faisant référence au « *Comité professionnel national de la biologie* » institué par l'article L. 162-14-1, composé des organisations professionnelles représentatives signataires de l'accord annuel.

Le **paragraphe XV** du présent article 17 du projet de loi abroge l'article L.162-14-1 du code de la sécurité sociale, relatif à cet accord annuel tripartite et instituant le comité professionnel de la biologie.

Le **paragraphe V** de cet article 17 vise à établir des conditions communes d'entrée en vigueur des conventions pour l'ensemble des professionnels de santé. Il met en place un régime d'approbation tacite des conventions, annexes et avenants, qui existe déjà dans le droit en vigueur pour les annexes annuelles aux conventions médicales : l'article L. 162-5-8 prévoit en effet que, quinze jours après leur transmission, en l'absence d'opposition des ministres motivée par l'incompatibilité de ces annexes avec l'avenant annuel de la convention d'objectifs et de gestion, les annexes sont réputées approuvées. En revanche, les conventions elles-mêmes doivent faire l'objet d'une approbation formelle.

L'introduction de cette possibilité d'approbation tacite des conventions ne saurait cependant être perçue comme traduisant un progrès significatif dans les relations entre l'assurance maladie et l'Etat : des conventions avec les professionnels de santé ne sont pas conclues avec une fréquence telle qu'il y ait une différence considérable entre une procédure d'approbation formelle et une procédure d'approbation tacite. D'autant que l'on imagine mal que le Gouvernement demeure silencieux après la transmission d'une convention conclue, par exemple, entre les médecins spécialistes et l'assurance maladie...

Ce paragraphe V, dans l'article L. 162-15 qu'il introduit dans le code de la sécurité sociale, prévoit que le Gouvernement ne pourra s'opposer à des dispositions conventionnelles que si elles sont illégales, incompatibles avec le respect de l'objectif de dépenses ou si elles font courir des risques à la santé publique ou à l'égal accès aux soins. Ces nouvelles règles ont moins pour objectif de préserver la liberté conventionnelle et les marges d'action des signataires que de mettre un terme définitif à la jurisprudence traditionnelle du Conseil d'Etat, renversée cette année avec un arrêt du 28 juillet 1999, sur l'indivisibilité des conventions, l'arrêté d'approbation étant annulé en sa totalité en cas d'illégalité même partielle de la convention.

Le **paragraphe VI** du présent article 17 modifie les dispositions du code de la sécurité sociale concernant le régime conventionnel des transporteurs sanitaires introduit par la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour 1997. Les modifications introduites par ce paragraphe tendent à harmoniser ces conventions avec celles qui s'appliquent aux autres professionnels de santé, en ce qui concerne leurs règles de conclusion et d'entrée en vigueur, leur régime d'approbation implicite et les dispositions relatives au déconventionnement.

Le **paragraphe VII** modifie les dispositions concernant le règlement conventionnel minimal applicable aux médecins en l'absence de convention. Ces modifications découlent de celles qui sont introduites par les autres paragraphes de l'article et qui prévoient qu'en l'absence de convention ou d'annexe annuelle, les caisses d'assurance maladie ou, à défaut, l'Etat, fixent les objectifs de dépenses et les tarifs applicables aux professionnels. Point n'est donc besoin de prévoir, comme le fait la législation en vigueur, que le règlement conventionnel minimal fixe ces

objectifs et tarifs. Cette modification n'emporte que peu de conséquences pour les professionnels, l'essentiel étant qu'en l'absence de convention, les objectifs et les tarifs seront fixés, comme cela a toujours été le cas, par les pouvoirs publics... Ce paragraphe supprime aussi la référence aux reversements auxquels sont tenus de procéder les médecins en cas de dépassement de l'objectif : cette modification est purement formelle, les reversements prévus n'ayant jamais été appliqués.

Le **paragraphe VIII** autorise les partenaires conventionnels à plafonner les dépassements des médecins exerçant en secteur 2. Votre commission ne peut accepter cette disposition, ni au regard de l'objectif de maîtrise des dépenses puisque ces dépassements ne font pas l'objet de dépenses de l'assurance maladie, ni au regard de celui de favoriser la conclusion d'une convention entre les médecins spécialistes et l'assurance maladie... Par son caractère général, ce paragraphe porte en germe la fin du secteur 2, alors qu'il conviendrait de réfléchir à sa réglementation partielle, par exemple par secteur géographique. En fait, il vise à répondre à l'annulation partielle du règlement conventionnel minimal applicable aux médecins spécialistes, le Conseil d'Etat ayant estimé qu'il ne pouvait pas imposer aux médecins en secteur 2 de diminuer chaque année de 10 % l'écart entre les dépassements et les honoraires remboursés.

Enfin, le **paragraphe IX** du présent article rassemble, dans un même article concernant l'ensemble des professionnels de santé, les dispositions existant déjà dans le code de la sécurité sociale concernant le déconventionnement.

B - Paragraphes X à XII bis : « objectif de dépenses déléguées et lettres-clés flottantes », ou la remise en cause du système de relations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie institué depuis 1971

1/ L'objectif de dépenses déléguées

Le **paragraphe X** du présent article concerne les relations entre l'Etat et l'assurance maladie. Il introduit, au sein de l'objectif de dépenses de ville, la notion d'« objectif de dépenses déléguées » dont l'assurance maladie serait responsable du respect. Il modifie à cet effet l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale qui définit notamment l'objectif de dépenses de soins de ville. Celui-ci comprend :

« 1° la rémunération des soins dispensés en ville par les professions médicales, les auxiliaires médicaux et les directeurs de laboratoires, ainsi que les soins dispensés dans les établissements visés à l'article L. 162-22 et tarifés à l'acte et les honoraires des praticiens exerçant en secteur privé à l'hôpital public ;

« 2° les dépenses résultant de l'exécution des prescriptions des professions médicales délivrées en ville ;

« 3° les prestations en espèces. »

Aux termes du 1° du paragraphe X, l'avenant annuel à la convention d'objectifs et de gestion fixerait cet objectif de dépenses de ville et, en son sein, l'objectif de dépenses déléguées : ces dépenses comprennent, indique le 2° du paragraphe, les dépenses citées au 1°, c'est-à-dire la rémunération des soins dispensés en ville, des soins en clinique tarifés à l'acte et celle des soins délivrés en secteur libéral à l'hôpital public. Elles comprennent aussi les frais de transports sanitaires. Le **paragraphe XI** est de conséquence.

L'assurance maladie serait seule responsable de la régulation de ces dépenses qui ne concernent, en fait, que les honoraires des professionnels de santé en ville. L'ambition d'une régulation des prescriptions des médecins est abandonnée, les prescriptions faisant l'objet d'autres modes de régulation avec les professionnels concernés (régulation du médicament et des biens médicaux par les dispositifs conventionnels prévus par le code entre les industriels et le Comité économique des produits de santé, honoraires des professions prescrites).

Votre commission observe que le projet de loi rend l'assurance maladie « responsable » de dépenses qu'elle n'a pas de moyens de contrôler, comme les prescriptions hospitalières réalisées en ville.

L'assurance maladie, aux termes de ce paragraphe, ne peut qu'intervenir sur les tarifs, et ne peut ainsi que renoncer à toute politique structurante pour le système de santé.

2/ Les lettres-clés flottantes ou la fin des relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professionnels de santé

C'est le **paragraphe XII** qui établit, uniformément pour toutes les professions de santé, le dispositif de régulation tarifaire que l'assurance maladie devra faire respecter. Ce paragraphe introduit deux articles nouveaux, l'article L. 162-15-2 et l'article L. 162-15-3, qui définissent le contenu des annexes annuelles aux conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé (médecins généralistes et spécialistes, chirurgiens-dentistes, sages-femmes et auxiliaires médicaux, infirmiers, masseurs-kinésithérapeutes, directeurs de laboratoires privés d'analyses).

Le contenu de l'annexe annuelle n'est pas très innovant par rapport au droit en vigueur : elle définit l'objectif de dépenses de la profession, comprenant les seuls honoraires et les tarifs applicables, ainsi que les mesures de nature à assurer le respect de l'objectif : ces mesures se traduisent notamment par des actions d'information, de promotion de références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques. Ces dispositions reprennent celles contenues dans le droit en vigueur.

La première nouveauté introduite par le projet de loi (art. L. 162-15-2, I 3°a/) concerne la possibilité offerte aux partenaires conventionnels de modifier, dans la limite de 20 %, la cotation des actes inscrits à la nomenclature des actes professionnels.

Il s'agit là d'une modification très importante dans la répartition des pouvoirs de régulation de l'assurance maladie, la rémunération des professionnels de santé ayant jusque-là été fondée sur la combinaison d'une cotation des actes, définie par le seul pouvoir réglementaire, et d'un tarif établi conventionnellement.

Votre commission ne peut approuver cette réforme, qui s'arrête au milieu du gué : elle estime que, s'il existe des arguments pour justifier la répartition des compétences entre l'Etat et les partenaires conventionnels actuellement en vigueur, mais s'il existe aussi des arguments différents pour justifier une réforme tendant à confier aux partenaires conventionnels la détermination de l'ensemble des paramètres définissant la rémunération des professionnels, la faculté de moduler des cotations réglementaires dans la limite de 20 % introduite par le projet de loi n'est pas satisfaisante.

En effet, elle introduit une instabilité annuelle des cotations qui ne peut remplacer un processus d'adaptation de la cotation des actes en fonction de l'évolution des techniques et des pratiques médicales, et qui pourrait même y faire obstacle, l'incitation à la révision de la nomenclature étant encore amoindrie, pour le pouvoir réglementaire, par l'existence d'une procédure alternative entre les mains des partenaires conventionnels.

Une seconde modification essentielle concerne la maîtrise de l'évolution des dépenses de santé : le projet de loi impose aux partenaires conventionnels une seule méthode légale de régulation, celle des lettres-clés flottantes. Cette méthode a pourtant été rejetée par l'ensemble des partenaires conventionnels, qu'il s'agisse des organisations représentatives des professionnels de santé ou de l'assurance maladie. Le système de lettres-clés flottantes, qui concernera tous les professionnels de santé, est prévu au paragraphe II de l'article L. 162-15-2 introduit dans le projet de loi par le paragraphe XII du présent article.

Il prévoit des rendez-vous automatiques entre les partenaires conventionnels aux quatrième et huitième mois de l'année, à l'issue desquels, en cas de dérapage des dépenses, ces derniers ajustent la cotation des actes et les tarifs. A défaut d'accord, l'assurance maladie est contrainte par le projet de loi de prendre seule ces décisions. Et, si celle-ci ne respecte pas à cette obligation légale, ou prend des mesures insuffisamment restrictives, c'est le Gouvernement qui, par arrêté, se substitue à la CNAMTS.

Dans ces conditions, quelle organisation représentative des professionnels de santé acceptera de signer un accord avec l'assurance maladie ? Quelle sera la marge de négociation si, une fois les tarifs fixés, ils peuvent être révisés à la baisse à

deux reprises au cours de l'année ? Que pourra proposer aux professionnels l'assurance maladie si elle n'a aucune marge de manoeuvre par rapport au seul mode de régulation défini par la loi, à savoir les « lettres-clés flottantes » ? Quelle pourra être l'action structurante sur le système de santé si la régulation se fait uniquement sur les tarifs, et si cette régulation dissuade les organisations professionnelles d'entrer dans un processus de réforme concertée ?

3/ Les protocoles par spécialité ou la fin des conventions médicales

Une troisième réforme majeure du présent article 17 du projet de loi résulte d'un paragraphe XII bis introduit par voie d'amendement à l'Assemblée nationale.

Il tire les conséquences logiques des dispositions des paragraphes précédents prévoyant, par exemple, que la convention des médecins spécialistes pourra plafonner les honoraires du secteur 2 et que son annexe annuelle fixera des tarifs susceptibles d'être modifiés au quatrième et au huitième mois de l'année, rendant ainsi impossible en pratique toute relation conventionnelle entre les médecins spécialistes et l'assurance maladie.

Le paragraphe XII bis donne à l'assurance maladie, en cas d'absence de convention pour les médecins spécialistes, la possibilité de conclure des accords partiels avec des représentants de telle ou telle spécialité ou groupe de spécialités médicales. Ces accords comporteront tous les éléments d'une annexe annuelle, y compris la fixation des tarifs.

Et, pour prévenir le cas où les médecins spécialistes se seraient laisser aller à signer une convention, ne se rendant compte qu'a posteriori les tarifs qu'ils avaient approuvés étaient remis en cause un ou deux trimestres plus tard, le paragraphe XII bis donne la possibilité à l'assurance maladie de conclure un accord tarifaire avec des représentants de spécialité ou de groupes de spécialités médicales. Le texte adopté par l'Assemblée nationale précise bien que les signataires de cet accord doivent être adhérents à une organisation syndicale, représentative pour l'ensemble du territoire, des médecins spécialistes... c'est-à-dire, soit adhérents d'une des organisations signataires de la convention, soit adhérents d'une organisation non signataire.

Les dispositions de ce paragraphe, non seulement mettent un terme aux relations conventionnelles entre l'ensemble des médecins spécialistes et l'assurance maladie, mais portent directement atteinte à l'unité des syndicats représentatifs des médecins spécialistes...

4/ La rédaction de multiples « rapports d'équilibre », ou la paralysie de la CNAMTS

La dernière modification importante proposée par le projet de loi concerne les relations entre l'Etat et l'assurance maladie.

Il prévoit en effet, dans un article L. 162-15-3 qu'il introduit dans le code de la sécurité sociale, que la CNAMTS devra consacrer l'essentiel de son énergie à élaborer de multiples rapports destinés au ministère.

Aux termes du projet de loi, l'assurance maladie devra ainsi transmettre au Gouvernement :

- *chaque année*, un rapport d'équilibre, justifiant les dispositions inscrites dans les annexes aux conventions applicables aux professionnels de santé et notamment leur compatibilité avec le respect de l'objectif de dépenses déléguées. Le rapport devra également détailler les moyens mis en œuvre pour maîtriser l'évolution des prescriptions des médecins, sages-femmes et chirurgiens-dentistes. Le texte énumère à loisir toutes les informations « *détaillées* » que devra comporter ce rapport d'équilibre : « *actions, notamment de contrôle, prévues par le service médical, actions d'information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d'évaluation des pratiques* », ainsi que celles menées au titre des accords de bon usage des soins. Le rapport devra aussi « *préciser l'effet projeté de chaque action sur les dépenses de prescription, par catégorie* ». Et, à toutes fins utiles, au cas où le projet de loi, une fois adopté, ne serait pas jugé assez précis par le Gouvernement, l'article L. 162-15-3 prévoit qu'un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget définira de manière plus complète le contenu du rapport... ;

- *au plus tard les 15 juillet et 15 novembre*, de nouveaux rapports d'équilibre, concernant l'évolution des dépenses respectives de chaque profession, accompagné des annexes modificatives et comportant, on le suppose, les mêmes éléments que le rapport transmis à la suite de la signature de l'annexe annuelle. En outre, aux termes du paragraphe XII bis introduit par amendement à l'Assemblée nationale qui donne à l'assurance maladie la possibilité de conclure des accords séparés par spécialité ou par groupe de spécialité, il faut comprendre que l'assurance maladie devra rédiger des rapports d'équilibre, non seulement pour chacune des professions conventionnées, mais aussi pour toutes les spécialités médicales faisant l'objet de tels accords partiels ;

- et, enfin, en cas d'opposition des ministres, de nouveaux rapports d'équilibre comportant les mêmes éléments et rédigés *dans les dix jours*. Si l'opposition ministérielle est maintenue, les éléments des annexes annuelles ou les ajustements tarifaires prévus par le projet de loi sont fixés par arrêté.

L'Assemblée nationale n'a apporté que très peu de modifications, autres que formelles, au texte proposé par le Gouvernement. Il convient cependant d'observer qu'elle a encore alourdi les dispositions concernant les relations entre l'Etat et l'assurance maladie. En effet, alors que le projet de loi prévoyait que les rapports d'équilibre seraient établis par la CNAMTS « *en liaison avec les deux autres caisses nationales d'assurance maladie* », l'Assemblée a encore compliqué

les choses en imposant une rédaction commune du rapport d'équilibre. Elle est même allée jusqu'à définir une procédure applicable en cas de désaccord entre les caisses... Dans ce cas, le rapport serait établi « *sous la responsabilité* » de la CNAMTS (Comment cette responsabilité pourra être mise en cause ? Et quelles seront les sanctions en cas de faute ?...) et devrait présenter les positions des autres caisses. L'imagination créatrice des rédacteurs de textes juridiques est, décidément, sans limite.

Le Gouvernement chercherait à paralyser la CNAMTS qu'il ne s'y prendrait pas autrement...

Votre commission estime que s'il appartient au législateur de définir les pouvoirs de tutelle de l'Etat sur ses établissements publics, et notamment de mettre à sa disposition un pouvoir d'annulation, un pouvoir d'approbation, un pouvoir d'autorisation ou un pouvoir de substitution, les dispositions du projet de loi définissent un nouveau mode d'exercice de la tutelle, qui pourrait être qualifié de « *pouvoir d'obstruction* ».

C - Paragraphe XIII : accords de bon usage et contrats de bonne pratique des soins

Ce paragraphe introduit dans le code de la sécurité sociale deux articles nouveaux, l'article L. 162-12-17 et l'article L. 162-12-18. Ils mettent en place des accords de « *bon usage des soins* » et des « *contrats de bonne pratique* ».

Les accords de bon usage peuvent être conclus dans le cadre conventionnel, soit au niveau national, par les partenaires conventionnels, soit au niveau régional entre les unions régionales de caisses d'assurance maladie et les représentants des syndicats signataires des conventions nationales.

En l'absence de convention, des accords de bon usage peuvent également être conclus au niveau national entre l'assurance maladie et un syndicat représentatif, ou bien au niveau régional entre l'union régionale des caisses d'assurance maladie et les représentants d'un syndicat représentatif.

Dans tous les cas, ces accords doivent faire l'objet d'une approbation par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.

L'objet de ces accords est de favoriser, soit l'amélioration des pratiques médicales, soit une maîtrise médicalisée des dépenses de prescription.

Ils déterminent en effet à titre obligatoire des objectifs médicalisés et des actions permettant de les atteindre, et, à titre facultatif, des objectifs quantifiés d'évolution de certaines dépenses. Dans ce cas, les accords peuvent prévoir que les médecins pourront percevoir des « *primes* » financières représentant une partie des économies réalisées.

Le texte du projet de loi prévoit que l'accord fixera la clé de répartition des économies réalisées entre l'assurance maladie et les professionnels, et que le versement de la prime sera subordonné à l'évaluation des actions entreprises et des économies réalisées.

Votre commission aurait pu, en d'autres circonstances que la discussion du présent article 17 qui met fin aux relations conventionnelles entre les professionnels de santé et l'assurance maladie, retenir le principe de l'institution de ces accords de bon usage. En revanche, le principe d'un tel intéressement financier des médecins, ciblé sur certaines pratiques médicales, leur apparaît totalement inacceptable : la relation entre le médecin participant à un tel accord et son médecin serait en effet gravement perturbée si le patient savait que, pour le traitement d'une pathologie dont il est atteint, le médecin récupérerait une « *prime* » en réalisant des économies.

L'article L. 162-12-18 du code de la sécurité sociale introduit par le paragraphe XIII du présent article définit un second type de contrat, le « *contrat de bonne pratique* ». Il s'agit d'un dispositif mis en place au niveau national par les partenaires conventionnels, auxquels pourront adhérer les professionnels de santé (médecins, infirmières libérales, chirurgiens-dentistes, directeurs de laboratoires, masseurs-kinésithérapeutes) en échange d'une majoration de la prise en charge par les caisses de sécurité sociale des cotisations sociales (maladie, vieillesse, famille) qui sont à leur charge. Il s'agit en quelque sorte d'étendre à l'ensemble des professionnels de santé libéraux un dispositif comparable à celui du « *médecin référent* ».

Il y aurait donc, désormais, deux catégories de professionnels de santé conventionnés : les professionnels n'ayant pas adhéré à un contrat de bonne pratique, qui seraient soumis au droit commun en ce qui concerne leurs obligations professionnelles et la prise en charge réduite des cotisations sociales à leur charge, et ceux qui auraient adhéré aux contrats.

Ces contrats comporteraient des engagements des professionnels relatifs :

- à l'évaluation des pratiques médicales ;
 - aux actions de formation continue ;
 - aux modalités de suivi de l'activité et des prescriptions avec le contrôle médical ;
 - à l'application des RMO et des recommandations de bonne pratique ;
- et, à titre facultatif :
- au plafonnement de leur activité ;

- à leur participation aux programmes d'information ou aux programmes mis en œuvre par les caisses.

Votre commission ne peut accepter ces dispositions, les « engagements » prévus par cet article, à l'exception du plafonnement de l'activité, reprenant des obligations qui sont déjà à la charge de tous les professionnels de santé. En effet, que signifie ainsi l'engagement de respecter les références médicales opposables, alors qu'elles sont obligatoires ? Que signifie également l'engagement de participer à des actions de formation continue, alors qu'elle devrait être obligatoire ? Que signifie l'engagement de prescrire des médicaments génériques, quand le pharmacien dispose d'un droit de substitution ? Que signifie l'engagement du professionnel d'accepter le suivi de son activité par le contrôle médical quand celui-ci est prévu par le code de la sécurité sociale ?

Tous les patients, et pas seulement ceux qui s'adressent à des médecins ayant adhéré à un contrat de bonne pratique, doivent pouvoir avoir recours à des médecins conventionnés qui respectent les RMO, évaluent leurs pratiques et participent à des actions de formation médicale continue.

D - Paragraphe XIV : Participation de l'assurance maladie au versement des cotisations sociales à la charge des médecins

Ce paragraphe propose une nouvelle rédaction des articles du code de la sécurité sociale qui concernent la prise en charge par l'assurance maladie d'une partie des cotisations sociales à la charge des professionnels de santé. Il s'agit des articles *L. 162-5-11*, relatif à la prise en charge des cotisations famille des médecins, *L. 645-2*, relatif aux cotisations vieillesse des professionnels de santé, *L. 645-2-1*, concernant les modalités de prise en charge des cotisations en l'absence de convention, *L. 722-4* qui prévoit que le financement du régime des praticiens et auxiliaires conventionnés est assuré par les cotisations des professionnels et des cotisations de l'assurance maladie, et enfin *L. 722-4-1*, qui prévoit les modalités de financement de ce régime en l'absence de convention.

Dans la rédaction du projet de loi initial, le **paragraphe XIV** mettait fin à l'automatisme de la prise en charge d'une partie des cotisations par l'assurance maladie. Cette automatisme, qui existait pour toutes les cotisations à l'exception des cotisations famille, constituait un des éléments du contrat conclu entre la nation et les médecins avec l'institution d'un système conventionnel national mis en place depuis 1971. L'Assemblée nationale a cependant modifié le texte du projet de loi, afin de rétablir cette automatisme.

Deux modifications principales sont désormais apportées par le projet de loi.

La nouvelle rédaction des articles du code de la sécurité sociale proposée par le projet prévoit la possibilité de suspendre partiellement ou totalement la prise

en charge des cotisations pour les praticiens qui ne respecteraient pas leurs obligations conventionnelles. Votre commission estime que cette disposition serait difficilement applicable, l'article L. 645-2 du code de la sécurité sociale en vigueur prévoyant par exemple que le financement des avantages vieillesse est assuré, outre par les cotisations des professionnels, « *par une cotisation annuelle de l'assurance maladie* » assise sur des bases forfaitaires. Le suspension partielle ou totale de la prise en charge pour certains praticiens et pour une durée donnée obligerait à un décompte individualisé et infra-annuel, ce qui semble difficilement concevable. En outre, votre commission estime que, si un praticien ne respecte pas ses engagements conventionnels, il doit être déconventionné : c'est ce que prévoit le droit en vigueur, l'article L. 162-5-7 disposant ainsi que « *la caisse primaire d'assurance maladie peut décider de placer un médecin hors de la convention pour violation des engagements prévus par celle-ci* ».

La seconde modification introduite par le projet de loi concerne la date d'effet de la minoration de la prise en charge par les caisses en cas de règlement conventionnel : le texte prévoit ainsi que, si le règlement conventionnel ne résulte pas de « *l'arrivée à échéance de la convention* », cette minoration n'intervient qu'à l'issue d'un délai de trois mois à compter de la date à laquelle la convention n'est plus applicable. Votre commission souhaiterait obtenir des précisions sur cette notion d'arrivée à échéance. Le rapport de l'Assemblée nationale la comprend comme une arrivée à échéance normale ou d'une échéance anticipée due à une résiliation ou dénonciation. S'il en était ainsi, dans quelle circonstance pourrait s'appliquer le délai de trois mois ? Et si la notion d'arrivée à échéance ne concerne que l'échéance normale, on ne comprend pas pourquoi les textes relatifs à la prise en charge des cotisations seraient plus favorables aux médecins en cas d'arrivée à échéance après résiliation qu'en cas d'arrivée à échéance normale.

II - La position de votre commission

Votre commission ne peut accepter, ni la remise en cause du système conventionnel institué depuis 1971 à laquelle aboutirait l'application du présent article, ni le mécanisme de lettres-clés flottantes qu'il prévoit pour tous les professionnels de santé avec ses rendez-vous tous les quatre mois, ni enfin la paralysie de la CNAMTS qu'entraînerait l'application des dispositions du projet de loi censées « alléger » la tutelle de l'Etat, mais qui font de l'assurance maladie une institution chargée d'écrire, en permanence, des rapports d'équilibre à l'intention du Gouvernement.

Comme l'an dernier, elle vous proposera un mécanisme alternatif de maîtrise de l'évolution des dépenses médicales faisant appel à la responsabilité individuelle des médecins et contribuant à l'amélioration des pratiques médicales, dans l'intérêt des patients.

La seule différence avec l'amendement présenté l'an dernier réside dans l'absence de reversements individualisés, qui sont devenus irrecevables après la décision du Conseil constitutionnel.

Il prévoit d'abord (*paragraphe I de l'amendement*) l'organisation collective des moyens de la régulation médicalisée des dépenses, en inscrivant dans la loi que l'annexe annuelle à la convention met en place les instruments de maîtrise médicalisée de nature à favoriser le respect de l'objectif prévisionnel des dépenses par l'ensemble des médecins conventionnés.

Il fait donc appel, dans un premier temps, à la responsabilité professionnelle collective des médecins libéraux, qui est seule de nature à garantir durablement l'exercice d'une médecine de qualité au moindre coût.

Dans un deuxième temps (*paragraphe II de l'amendement*), le dispositif proposé par votre commission prévoit la procédure applicable en cas de dérapage des dépenses.

L'analyse des raisons de ce dérapage fait nécessairement apparaître les postes de dépenses qui ont dérivé par rapport à l'objectif. Les partenaires conventionnels en dressent la liste, qui correspondra à des contrats régionaux d'objectifs et de moyens qui devront être conclus au niveau de chaque union régionale de caisses d'assurance maladie.

Aux termes de ces contrats, seront fixés des objectifs pour chacun de ces postes, qui tiennent compte de plusieurs éléments : écart par rapport à l'objectif de dépenses, caractéristiques de l'activité des médecins et de leurs prescriptions, résultats des évaluations individuelles réalisées par les unions régionales de médecins, participation aux actions de formation médicale, respect des références médicales opposables.

Les médecins peuvent donc, en cas de dépassement de l'objectif, amender leur pratique individuelle.

En fin d'exercice, un bilan d'application des contrats régionaux est réalisé. Les partenaires conventionnels en tirent les conséquences dans le contenu de l'annexe annuelle à la convention.

Le dispositif de maîtrise proposé par votre commission présente les caractéristiques suivantes :

- il assure le maintien de la vie conventionnelle ;
- il est simple (il se lit en une page, au lieu des quelque treize pages du projet de loi utilisées pour décrire celui du Gouvernement) ;

- il est médicalisé, et présente donc l'avantage de contribuer à améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses ;

- il est régionalisé, car c'est au niveau régional que seront le mieux appréciés les dépassements, leurs causes, et les modalités de leur résorption ;

- il est efficace, puisqu'il garantit le respect de l'objectif de dépenses ;

- il permet aux médecins d'amender leurs pratiques professionnelles, si les mécanismes collectifs de maîtrise médicalisée n'ont pas suffi à assurer le respect de l'objectif ;

Pour ces raisons, votre commission vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

Art. 18

(art. L. 162-4-1 nouveau et L. 321-1 du code de la sécurité sociale)

**Motivation médicale apportée aux arrêts de travail
et aux transports sanitaires**

Objet : Cet article, qui n'a pas été modifié par l'Assemblée nationale, a pour objet de rendre obligatoire la motivation médicale des prescriptions d'arrêt de travail et de transport sanitaire.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** de cet article prévoit cette motivation et le **paragraphe II** tire les conséquences dans l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale qui décrit le champ de la couverture maladie de base.

• Paragraphe I

Le présent paragraphe complète la section I (*Médecins*) du chapitre 2 (*Dispositions générales relatives aux soins*) du titre VI (*Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales*) du livre premier (*Généralités - Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base*) du code de la sécurité sociale par un article L. 162-4-1 nouveau qui prévoit que :

- lorsque les médecins établissent une prescription d'arrêt de travail donnant lieu à indemnité journalière, ils établissent sur la feuille de soins les éléments justificatifs d'ordre médical (1°) ;

- lorsque ces mêmes médecins prescrivent un transport sanitaire, ils doivent indiquer sur les feuilles de soins les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit (2°).

Un troisième alinéa de l'article L. 162-4-1 fait obligation aux médecins d'indiquer, sur leur prescription d'arrêt de travail ou de transport sanitaire, les éléments permettant leur identification par la caisse d'assurance maladie ainsi que l'authentification de leur prescription.

Le présent article vise deux catégories de prescriptions qui ont donné lieu, depuis plusieurs années, à des dépenses en forte progression.

En ce qui concerne les arrêts de travail, les comptes présentés par la Commission des comptes de la sécurité sociale montrent que les indemnités journalières maladie ont représenté, en 1999, 26,15 milliards de francs de dépenses, en progression de 5,7 % par rapport à celles qui avaient été constatées en 1998. Cette progression avait même été plus vive entre 1997 et 1998, les dépenses ayant progressé de 6,6 % entre ces deux années (23,2 milliards de francs en 1997, 24,7 milliards de francs en 1998).

Ces dépenses ne concernent pas les indemnités journalières servies au titre de l'assurance maternité, dont la progression a été moins soutenue, et qui se sont élevées, cette année, à 11,4 milliards de francs. En revanche, elles incluent les indemnités journalières maladie servies aux femmes enceintes en cas de grossesse pathologique ou aux mères en « suite de couches » pathologique.

C'est l'ensemble de ces indemnités journalières maladie, qu'elles aient été prescrites par un médecin ou une sage-femme, qui sont visées par le projet de loi.

En ce qui concerne les transports sanitaires, les dépenses continuent elles aussi à évoluer à un rythme soutenu. Ainsi, les chiffres publiés par la CNAMTS le 15 septembre dernier font apparaître un taux de progression annuelle de 7,3 % pour les frais de déplacement des malades.

Outre ces considérations sur l'évolution des dépenses, le seul principe du remboursement des transports sanitaires ou l'octroi d'indemnités journalières, votre commission comprend que le remboursement de certaines prestations par l'assurance maladie peut justifier que les médecins, comme le prévoit le projet de loi, mentionnent les éléments d'ordre médical correspondants sur les documents qui lui sont destinés.

En ce qui concerne les arrêts de travail, la notion d'« *éléments d'ordre médical* » justifiant l'arrêt de travail ne signifie d'ailleurs pas que les médecins devront indiquer un diagnostic précis : les éléments qu'ils écriront devront simplement permettre au contrôle médical de faire son travail et d'apprécier la réalité du motif justifiant un arrêt de travail. Bien entendu, ces éléments seront inscrits sur les volets de l'imprimé destinés à l'assurance maladie, et non sur le volet destiné à l'employeur.

Pour les transports sanitaires, on rappellera qu'aux termes de l'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale, l'assurance maladie assure « *la couverture des frais de transport de l'assuré ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir des soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par l'article L. 322-5 et dans des conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat.* »

Et l'article L. 322-5 précise que « *les frais de transport sont pris en charge sur la base du trajet et du mode de transport les moins onéreux compatibles avec l'état du bénéficiaire* ». C'est pourquoi le projet de loi prévoit que le médecin devra indiquer, non seulement les éléments d'ordre médical justifiant le motif du transport, mais aussi ceux qui justifient le mode de transport prescrit.

Les dispositions du troisième alinéa de l'article L. 162-4-1 telles que prévues par le projet de loi, relatives à l'identification du médecin prescripteur, seront utiles notamment en milieu hospitalier.

C'est pourquoi votre commission vous proposera de modifier cet article afin de bien préciser que les médecins exerçant à l'hôpital sont tenus de respecter les règles qu'il prévoit : l'article L. 162-4-1 est en effet inclus dans la section 1 du chapitre 2 du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale qui concerne essentiellement les médecins libéraux.

• **Paragraphe II**

Le paragraphe II tire les conséquences des dispositions contenues dans le paragraphe I en modifiant plusieurs articles du code de la sécurité sociale :

- au 1°, il modifie l'article L. 321-1 décrivant le contenu de la couverture maladie du régime général en précisant que les frais de transport seront remboursés s'ils ont été prescrits par le médecin suivant les règles établies à l'article L. 162-4-1 ;

- au 2°, il modifie le même article L. 321-1 en précisant que l'octroi d'indemnités journalières maladie est subordonnée au respect, par le médecin, des règles de prescription prévues audit article L. 162-4-1, et que ces règles s'appliquent

aussi aux sages-femmes lorsqu'elles prescrivent des arrêts de travail dans le cadre de l'assurance maladie.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose un amendement au paragraphe I de cet article (cf. ci-dessus).

Elle formule cependant des réserves sur le volume d'économies susceptibles d'être engendrées par l'application des dispositions du projet de loi et surveillera avec beaucoup d'attention l'évolution des prescriptions d'arrêts de travail et de transports sanitaires au cours de l'année 2000. S'il n'était pas significatif, votre commission vous proposera, l'an prochain, de supprimer ce dispositif.

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

Art. 19

(art. L. 315-2-1 nouveau et art. L. 615-13 du code de la sécurité sociale, art. 1106-2 du code rural)

Contrôle des grands consommateurs de soins médicaux

Objet : Cet article propose d'instituer la possibilité, pour le contrôle médical, de convoquer les malades non atteints par une affection de longue durée, mais qui ont une forte consommation de soins, et d'établir un plan de soins à leur intention.

I - Le dispositif proposé

Le **paragraphe I** du présent article introduit dans le code de la sécurité sociale un nouvel article L. 315-2-1 qui prévoit que, lorsque le service médical estime nécessaire de vérifier l'« *intérêt thérapeutique* » de dépenses élevées engagées pour un patient non atteint d'une affection de longue durée, il peut convoquer ce patient avec son médecin traitant et élaborer, « *conjointement* » avec ce médecin, un plan de soins « *déterminant les soins et traitements appropriés* ».

Les **paragraphe II** et **II** étendent cette procédure pour le régime des non-salariés non agricoles et pour celui de la mutualité sociale agricole.

Le rapport de l'Assemblée nationale indique que ce dispositif « *repréend, à peu de choses près, l'une des propositions du plan stratégique défendu au printemps par la CNAMTS* ». Il s'agirait donc, ici, de la mise en œuvre de la seule proposition de la CNAMTS qui ait recueilli l'accord du Gouvernement. Une telle affirmation n'est pas exacte.

En effet, la proposition n° 27 du plan de refondation du système de soins adopté le 12 juillet dernier par le Conseil d'administration de la CNAMTS prévoit d'instituer un « *bilan de consommation de soins* » pour les patients qui ont une consommation élevée de soins médicaux, bilan qui serait « *non obligatoire pour le patient et non opposable aux praticiens consultés par lui* ». La réalisation d'un tel bilan de consommation de soins aurait pour but de permettre à ces patients « *de s'approprier progressivement une démarche optimale de soins* ».

La CNAMTS observe en effet que les patients âgés de 20 à 79 ans, non atteints d'une affection de longue durée, non hospitalisés et dont le niveau de remboursement est supérieur à 3.400 francs dans un semestre représentent 3,7 % de la population et 13,7 % des dépenses. Pour ces patients, elle estime qu'« *un point de situation pourrait être effectué en liaison avec le médecin habituel du patient, notamment s'il existe une anomalie.* »

Telle n'est pas la démarche retenue par le projet de loi, qui institue une procédure coercitive, difficilement applicable car imprécise et inadaptée.

Le caractère coercitif et imprécis de la procédure s'exprime par la détermination d'un plan de soins, dont on ne sait d'ailleurs pas quel est son statut : le patient sera-t-il obligé de le respecter, et, dans l'affirmative, avec quel médecin ? Quel médecin serait responsable en cas d'erreur médicale dans le « plan de soins » ?

En outre, cette procédure n'apparaît pas adaptée pour les patients qui ont une consommation très élevée de soins pendant une courte durée.

Soit, en effet, cette consommation élevée résulte d'un fort nomadisme médical, de nombreux médecins rencontrés par le patient ayant prescrit plusieurs examens redondants : dans ce cas, la convocation du patient avec son « médecin traitant » apparaît peu appropriée, le patient n'ayant précisément pas de médecin traitant.

Soit cette consommation élevée résulte d'un erreur d'appréciation du médecin traitant, et il n'y a pas de raison pour le contrôle médical de convoquer le patient. Une telle démarche serait en effet contraire à l'article 103 du code de déontologie des médecins, qui dispose que « *le médecin chargé du contrôle ne doit pas s'immiscer dans le traitement ni le modifier. Si, à l'occasion d'un examen, il se trouve en désaccord avec le médecin traitant sur le diagnostic, le pronostic ou s'il lui apparaît qu'un élément important et utile à la conduite du traitement semble avoir échappé à son confrère, il doit le lui signaler personnellement.* »

Si l'on comprend que le législateur ait dérogé à cet article 103, dans l'article L. 324-1 du code de la sécurité sociale, pour les patients souffrant d'une affection de longue durée et en cas d'interruption du travail ou de soins continus d'une durée supérieure à 6 mois, une telle dérogation n'apparaît pas appropriée lorsqu'elle vise l'ensemble des assurés sociaux et qu'elle peut se déclencher dans des circonstances définies de manière aussi générale que celles retenues par le projet de loi.

Les modifications apportées au texte initial du Gouvernement par l'Assemblée nationale ne viennent clarifier, ni la compatibilité de l'article avec le code de déontologie médicale, ni le régime de responsabilité médicale applicable. Elles ne viennent pas non plus rendre le dispositif plus efficace, et présentent même des inconvénients supplémentaires. Le texte adopté par les députés prévoit en effet qu'à la suite de la convocation du patient, le service médical peut établir des « *recommandations* » sur les soins et les traitements appropriés. Ces recommandations sont ensuite transmises à l'assuré, soit par le médecin traitant si celui-ci approuve les recommandations, soit directement par le contrôle médical si le médecin traitant ne les accepte pas...

Ce texte fait jouer au patient un rôle singulier d'expert-arbitre (puisque les recommandations, par définition, ne sont pas obligatoires) entre le service du contrôle médical et son médecin traitant, ce qui ne saurait être accepté par votre commission.

II - La position de votre commission

Pour l'ensemble de ces raisons, **votre commission vous propose un amendement de suppression de cet article.**

Art. 20

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

Objet : Cet article, non modifié par l'Assemblée nationale, a pour objet de doter le fonds d'aide à la qualité des soins de ville de 500 millions de francs en 2000.

I - Le dispositif proposé

L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a créé pour cinq ans à compter du 1^{er} janvier 1999 un fonds d'aide à la qualité des soins de

ville, destiné à financer des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville. Il est chargé d'octroyer des aides à des professionnels de santé ou à des regroupements de ces mêmes professionnels et, le cas échéant, des 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. La loi a prévu que l'attribution de certaines aides pouvait être déconcentrée, en étant confiée à des caisses locales ou des unions de caisses. Ce fonds avait été doté de 500 millions de francs en 1999, hors ONDAM, mais inclus dans l'objectif de dépenses de la branche maladie.

Un décret en Conseil d'Etat devait venir préciser les modalités de déconcentration, de fonctionnement et de gestion du fonds.

Ce décret n'a pas été publié. Aucune aide n'a donc pu être distribuée, ce qui est dommage pour un fonds à statut expérimental créé pour 5 ans...

Certes, le rapport de l'Assemblée nationale (n° 1876) indique que les crédits ouverts l'an dernier sont « *reportables* ». Mais que signifie cette possibilité de « *report* » alors que l'objectif de dépenses de la branche maladie voté l'an dernier par le Parlement, et dans lequel étaient inclus ces 500 millions de francs, a été dépassé et que le déficit n'est pas financé ?

La Commission des comptes a-t-elle ou non inclus les 500 millions de francs dans le déficit annoncé pour 1999, retenant ainsi l'hypothèse d'une consommation des crédits ouverts dans les deux derniers mois de l'année ?

Le Gouvernement compte-t-il publier le décret attendu pour permettre l'utilisation des crédits votés ? Si oui, il est permis de se demander dans quelles conditions s'opérera la sélection des dossiers en un si court délai. Si non, il n'y aura pas de report de crédits pour 2000.

II - La position de votre commission

Sous réserve des explications qui pourront être fournies au Gouvernement, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 21

Fixation d'un objectif de dépenses pour le médicament

Objet : Cet article, non modifié par l'Assemblée nationale, a pour objet de définir, pour la contribution due au titre de l'an 2000 par les laboratoires pharmaceutiques non conventionnés avec le Comité économique du médicament, un objectif de dépenses spécifique de 2 %.

I - Le dispositif proposé

L'article 31 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 n° 98-1194 du 23 décembre 1998 a institué un mécanisme de régulation des dépenses pharmaceutiques reposant, à titre principal, sur des conventions conclues par les entreprises avec le Comité économique du médicament en application de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale et, pour les entreprises non conventionnées, sur une taxe sur le chiffre d'affaires prévue par l'article L. 138-10 dudit code. Cette taxe est déclenchée, pour ces entreprises, lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France par l'ensemble des entreprises non conventionnées sur l'exploitation de médicaments remboursables, a progressé d'un taux supérieur à celui de l'ONDAM.

Pour être exonérantes de la taxe, les conventions conclues avec le Comité économique du médicament doivent répondre à plusieurs conditions, fixées par le même article L. 138-10 du code de la sécurité sociale. Elles doivent ainsi :

- être en cours de validité au 31 décembre de l'année au titre de laquelle la taxe est due ;

- fixer les prix de l'ensemble des médicaments exploités par l'entreprise ;

- et comporter des engagements de l'entreprise sur l'ensemble du chiffre d'affaires ou sur le chiffre d'affaires concerné, dont le non-respect entraîne soit un ajustement des prix, soit le versement d'une remise.

Il n'est point besoin de revenir, cette année, sur les arguments développés l'an dernier par votre commission critiquant les effets de seuils massifs caractérisant ce mode de taxation automatique, mais de constater que ce mécanisme de taxation, qui avait été présenté par le Gouvernement comme un mode de régulation pérenne de l'évolution des dépenses pharmaceutiques, fait l'objet, avant même d'avoir été appliqué au titre de 1999, d'un projet de modification soumis au Parlement. Le présent article substitue, pour l'an 2000, le taux de « 2 % » à la référence au taux de progression de l'ONDAM pour déclencher le mécanisme de taxation.

Si l'article L. 138-10 avait été appliqué sans modification pour 2000, le taux retenu aurait été celui de 4,5 %, l'ONDAM proposé par l'article 28 du présent projet de loi progressant de 4,5 % par rapport à l'ONDAM adopté l'an dernier par le Parlement.

II - La position de votre commission

Votre commission estime que cet article est contraire aux dispositions de l'article L.O. 111-3, tel qu'il est issu de la loi organique n° 96-646 du 22 juillet 1996.

En effet, aux termes de cet article, « *chaque année, la loi de financement de la sécurité sociale :*

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 ;

2° prévoit, par catégorie, les recettes de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement ;

3° fixe, par branche, les objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres ;

4° fixe, pour l'ensemble des régimes obligatoires de base, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie ;

5° fixe, pour chacun des régimes obligatoires de base visés au 3° ou des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement qui peuvent légalement recourir à des ressources non permanentes, les limites dans lesquelles ces besoins de trésorerie peuvent être couverts par de telles ressources. »

Certes, ces dispositions ne sont pas limitatives, les lois de financement pouvant comporter, aux termes du paragraphe III de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, « *des dispositions affectant directement l'équilibre financier des régimes obligatoires de base ou améliorant le contrôle du Parlement sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale* ».

On pourrait soutenir qu'en définissant un objectif national de dépenses pharmaceutiques de 2 % pour 2000, le présent article constitue une disposition « *affectant directement l'équilibre financier des régimes obligatoires de base* » : une telle assertion ne pourrait être contestée, la fixation d'un taux spécifique de 2 % pour le médicament au lieu des 4,5 % retenus par l'article 28 du projet de loi devant même avoir un impact positif sur les finances sociales.

Cependant, la fixation d'un objectif spécifique de dépenses est contraire aux dispositions du 4° de l'article L.O. 111-3, qui ne prévoit qu'un « *objectif national de dépenses d'assurance maladie pour l'ensemble des régimes de base* ».

Et votre commission estime qu'est inopérante l'argumentation relative à l'impact sur l'équilibre financier.

En effet, ce n'est pas parce que, par exemple la prévision de recettes par catégories pour chacun des régimes de base (au lieu de l'ensemble des régimes) améliorerait l'information du Parlement, qu'elle serait conforme aux dispositions du 2° de l'article L.O. 111-3.

Ce n'est pas, non plus, parce qu'elle aurait un impact sur l'équilibre financier de la sécurité sociale, que la fixation d'objectif de dépenses par prestation (au lieu de par branche) serait conforme aux dispositions du 3° de l'article L.O. 111-3.

Ce n'est donc pas non plus parce qu'elle a un impact sur l'équilibre que la fixation d'un « ONDAM - médicament » est conforme aux dispositions du 4° de l'article L.O. 111-3.

Si le présent article 21 du projet de loi est contraire à la lettre de la loi organique, c'est parce que, dans la motivation de son article 28, le Gouvernement s'est écarté de l'esprit de la réforme constitutionnelle et organique instituant les lois de financement de la sécurité sociale, avec le « rebasage » du calcul du taux de progression de l'ONDAM.

Lors des débats parlementaires sur le projet de loi organique, il avait été discuté, essentiellement d'ailleurs à l'Assemblée nationale, de la question de la présentation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Cet objectif devait-il être exprimé comme un volume de dépenses, ou sous la forme d'un taux de progression ? C'est la notion de volume de dépenses qui a été retenue. Pourtant, l'expérience des débats sur les projets de loi de financement a montré qu'en pratique, si un volume de dépenses est voté, le taux de progression est toujours cité dans les exposés des motifs. Un taux de progression « parle » plus qu'un volume de dépenses, et surtout un taux de progression global peut être comparé aux taux de progression sectoriels (ville, hospitalisation, médico-social et, cette année... médicament) qui ont été dévoilés, cette année, par un communiqué à la presse du ministère de l'emploi et de la solidarité publié avant la discussion du présent projet de loi à l'Assemblée nationale.

Votre commission comprend l'intérêt de l'engagement politique que traduit, pour le Gouvernement, la publication de taux sectoriels. Mais elle estime que l'opportunité du vote de ces taux sectoriels doit être discutée par le législateur organique et ne saurait donc être décidée presque « en catimini », pour un seul secteur et une seule année, dans le cadre d'une loi « ordinaire », fut-elle de financement de la sécurité sociale.

Votre commission vous propose en conséquence un amendement de suppression de cet article qu'elle estime contraire à la loi organique.

Art. 22

**Contribution exceptionnelle des entreprises pharmaceutiques
au titre des spécialités remboursables**

Objet : Cet article, qui n'a pas été modifié par l'Assemblée nationale, a pour objet d'instituer une taxe « compensatrice » sur l'industrie pharmaceutique à la suite de l'annulation, par le Conseil d'Etat, de la taxe créée par l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996.

I - Le dispositif proposé

En vue de contribuer au rétablissement de l'équilibre financier de la sécurité sociale, l'ordonnance n° 96-51 du 24 janvier 1996 avait institué, dans son article 12, paragraphe III, une contribution assise sur le chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique. Cette contribution a été recouvrée et a eu un rendement de 1,2 milliard de francs.

Les dispositions de l'article 12-III ont fait l'objet d'un recours, introduit devant le Conseil d'Etat par la société Baxter. Celle-ci faisait notamment valoir que le mécanisme de déduction des dépenses correspondant aux recherches effectuées en France prévu par l'ordonnance était contraire aux dispositions de l'article 52 du Traité de Rome.

Le 28 mars 1997, le Conseil d'Etat a adressé à la Cour de justice des Communautés européennes une question préjudicielle portant sur ce point.

Le 8 juillet 1999, la CJCE a confirmé la non-conformité de cette disposition au regard du droit communautaire.

Le 15 octobre 1999, le Conseil d'Etat a donc annulé les dispositions de l'article 12-III précité de l'ordonnance du 24 janvier 1996.

Dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, le Gouvernement avait proposé d'anticiper cette annulation et donc le remboursement par la sécurité sociale d'1,2 milliard de francs aux laboratoires, grâce à un article que M. Claude Evin, dans son rapport n° 1876 (p. 129) sur le projet de loi de financement pour 2000, qualifiait d'« ingénieux » et que votre commission avait, pour sa part, qualifié d'« inconstitutionnel ». C'est ce dernier qualificatif qui a été retenu par le Conseil constitutionnel dans sa décision n° 98-404 DC du 18 décembre 1998.

Celui-ci a estimé, dans cette décision, que « *le souci de prévenir les conséquences financières d'une décision de justice censurant le mode de calcul de l'assiette de la contribution en cause ne constituait pas un motif d'intérêt général suffisant pour modifier rétroactivement l'assiette, le taux et les modalités de versement d'une imposition, alors que celle-ci avait un caractère exceptionnel, qu'elle a été recouvrée depuis deux ans et qu'il est loisible au législateur de prendre des mesures non rétroactives de nature à remédier auxdites conséquences* ».

C'est précisément ce que vise le présent article 22 du projet de loi en instituant une taxe assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, en 1999, au titre des spécialités remboursables par l'assurance maladie.

• **Paragraphe I**

Ce paragraphe définit le champ des laboratoires assujettis à la taxe. Il s'agit des entreprises assurant l'exploitation (fabrication, importation, exportation ou vente en gros) d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques.

Sont exonérées les entreprises dont le chiffre d'affaires est inférieur à 100 millions de francs, sauf lorsqu'elles sont filiales à au moins 50 % d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé est supérieur à 100 millions de francs.

Une telle exonération existe déjà, dans le droit en vigueur, pour la contribution des entreprises de préparation de médicaments (définie à l'article L. 245-4 du code de la sécurité sociale, qui prévoit une exonération en deçà d'un chiffre d'affaires de 50 millions de francs, sauf les filiales à 50 % d'une entreprise ayant un chiffre d'affaires supérieur), c'est-à-dire de la taxe sur la publicité pharmaceutique.

• **Paragraphe II**

Ce paragraphe détermine le chiffre d'affaires concerné : il s'agit du chiffre d'affaires en médicaments remboursables en ville (art. L. 162-17 du code de la sécurité sociale) ou à l'hôpital (art. L. 618 du code de la santé publique).

• **Paragraphe III**

Ce paragraphe est relatif au taux de la contribution. Ce taux n'est pas fixé, seule une fourchette de taux étant mentionnée : le Gouvernement devra choisir par décret un taux compris entre 1,2 % et 1,3 %. Cette fourchette de taux peut être considérée comme suffisamment précise pour ne pas être contraire aux dispositions de l'article 34 de la Constitution qui dispose qu'il appartient au Parlement de fixer le taux des impositions de toute nature.

• **Paragraphe IV**

Ce paragraphe concerne le délai pendant lequel les entreprises pourront déclarer leur chiffre d'affaires à l'ACOSS : elles devront le faire avant le 15 mai 2000, pour un paiement de la contribution avant le 1^{er} septembre 2000.

• **Paragraphe V**

Ce paragraphe prévoit les modalités de recouvrement et de contrôle de la taxe : elles sont alignées sur celles prévues par le droit en vigueur au titre de la taxe sur les dépenses de publicité pharmaceutique, instituée par l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale.

II - La position de votre commission

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

Art. 22 bis (nouveau)

(art. L. 601 du code de la santé publique)

Délivrance d'une autorisation de mise sur le marché avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle

Objet : En vue de favoriser une diffusion plus rapide des spécialités génériques, cet article a pour objet de permettre la délivrance d'une autorisation de mise sur le marché alors que le produit princeps est encore protégé au regard du droit de la propriété intellectuelle.

I - Le dispositif proposé

Adopté à l'initiative du rapporteur pour avis de la Commission des finances de l'Assemblée nationale, qui souhaite, probablement dans un souci d'intérêt général, favoriser la promotion des médicaments génériques, cet article vise à réduire les délais s'écoulant entre l'expiration des droits de propriété intellectuelle attachés au produit princeps et la commercialisation des médicaments génériques.

Selon le droit en vigueur, en effet, l'autorisation de mise sur le marché constitue un acte préparatoire à la commercialisation : l'article L. 601 du code de la santé publique dispose ainsi que « *toute spécialité pharmaceutique ou tout autre médicament fabriqué industriellement doit faire l'objet, avant sa commercialisation*

ou sa distribution à titre gratuit, en gros ou en détail, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. »

En pratique, un fabricant de génériques qui attend la fin des droits de propriété intellectuelle attachés au produit princeps « perd » donc quelques mois entre la date de fin de ces droits et la date d'autorisation de mise sur le marché. Le présent article, en prévoyant que l'autorisation de mise sur le marché peut être obtenue avant la date d'expiration des droits, permet ainsi une commercialisation immédiate du générique.

II - La position de votre commission

Votre commission comprend le souci exprimé par le rapporteur pour avis de l'Assemblée nationale et partage sa volonté de favoriser, par la loi, le développement du marché des génériques.

Elle ne peut toutefois retenir cet article, dont l'application risquerait de multiplier et d'aggraver les contentieux entre laboratoires, et pourrait mettre en cause la responsabilité de l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. En effet, l'article adopté par l'Assemblée nationale ne prévoit pas même l'information du laboratoire titulaire du brevet.

Si cet article était adopté, en effet, quel obstacle rencontrerait un laboratoire peu scrupuleux qui déciderait de commercialiser un médicament « générique » d'un produit princeps encore protégé ?

Que signifierait dans ce cas l'autorisation de mise sur le marché, dont l'intitulé indique pourtant très clairement qu'elle est nécessaire et suffisante pour autoriser la commercialisation d'un médicament ?

Un laboratoire ne pourrait-il pas considérer qu'il peut, dans ces conditions, encourir les risques d'un procès contre le laboratoire fabriquant le princeps et que l'avantage concurrentiel immédiat constitué par une présence sur le marché avant ses concurrents génériqueurs l'emporte sur les désagréments constitués par une éventuelle pénalité financière ultérieure pour contrefaçon ?

Pour ces raisons, votre commission vous propose un amendement de suppression de cet article.

Art. 23

(art. L. 138-10, L. 162-1-7, L. 162-16-1, L. 162-17, L. 162-17-3,

*L. 162-17-4, L. 165-1, L. 165-2 à L. 165-5 nouveaux,
L. 314-1 du code de la sécurité sociale)*

Réforme du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS)

Objet : Cet article, qui n'a pas fait l'objet de modifications autres que rédactionnelles par l'Assemblée nationale, a pour objet, dans un souci de rationalisation de la prise en charge par l'assurance maladie des produits, fournitures et appareils autres que les médicaments et de maîtrise des dépenses, de réformer le tarif interministériel des prestations sanitaires.

I - Le dispositif proposé

Les conditions de prise en charge par l'assurance maladie des produits, fournitures et appareils autres que le médicament sont prévues par les articles R. 165-1 à R. 165-29 du code de la sécurité sociale.

Elles s'organisent autour d'un « tarif interministériel des prestations sanitaires », défini comme l'ensemble des arrêtés ministériels fixant la liste des biens pris en charge, leurs spécifications et d'éventuelles indications médicales, ainsi que le tarif de responsabilité applicable à ces biens médicaux.

Ces arrêtés sont pris après avis de la commission consultative des prestations sanitaires, qui a pour mission, aux termes du code de la sécurité sociale :

- de proposer les spécifications administratives, juridiques et techniques d'inscription au TIPS ;
- d'étudier les indications médicales ;
- de proposer l'inscription ou la radiation des biens médicaux ;
- d'« examiner » les prix de vente et de proposer les tarifs de responsabilité ;
- de proposer les conditions d'agrément des fournisseurs.

Les biens médicaux concernés par ce type de régulation, qui confient à la même instance administrative des missions économiques et d'évaluation, sont très hétérogènes. Il s'agit :

- des dispositifs médicaux, définis par le droit européen transcrit dans l'article L. 665-3 du code de la santé publique comme « *tout instrument, appareil, équipement, matière, produit à l'exception des produits d'origine humaine, ou autre article seul ou en association, y compris les accessions et logiciels intervenant dans*

son fonctionnement, destiné par le fabricant à être utilisé chez l'homme à des fins médicales et dont l'action principale voulue n'est pas obtenue par des moyens pharmacologiques ou immunologiques, ni par métabolisme, mais dont la fonction peut être assistée par de tels moyens ». Ces dispositifs sont, soit implantables dans le corps humain, soit non implantables ;

- des tissus et cellules d'origine humaine, quel que soit leur degré de transformation et leurs dérivés ;

- de tout produit de santé autre que les médicaments.

Dans le droit en vigueur, la réglementation est contenue dans un chapitre intitulé « *Appareillage* », les articles R. 165-1 et suivants faisant référence aux notions, devenues obsolètes depuis l'introduction dans le code de la santé publique de dispositifs médicaux, de « *fournitures* » et d'« *appareils* ».

La régulation par le TIPS de ce secteur hétérogène a fait l'objet de critiques anciennes et convergentes.

Elles ont mis en cause :

- la confusion des missions économiques et d'évaluation au sein d'une même instance, la commission consultative des prestations sanitaires ;

- une prise en charge très hétérogène, le remboursement se faisant à 65 % ou à 100 % du tarif de responsabilité, non en fonction de l'intérêt médical du produit, mais en fonction de son appartenance à telle ou telle catégorie ;

- une prise en charge souvent défaillante, la plupart des produits bénéficiant d'un prix libre (à l'exception des prothèses internes ou oculaires, des chaussures orthopédiques, des dispositifs implantables et du grand appareillage orthopédique) pouvant être fort éloignés du tarif de responsabilité ;

- une insuffisante réévaluation des tarifs de responsabilité, par exemple en matière de lunetterie ;

- une insuffisante révision de la liste des produits inscrits au TIPS, retardant la mise à disposition de matériels innovants pour les assurés sociaux ;

- une dérive des dépenses (avec une croissance d'environ 10 % par an pour l'assurance maladie), entretenue notamment par les conséquences de l'application de l'article R. 165-8, qui prévoit la possibilité de prendre en charge un bien médical sur facture, lorsqu'il n'est pas inscrit au TIPS.

L'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 a entendu apporter une réponse partielle à ces critiques, en confiant à l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, dans l'article L. 791-2 du code de la santé publique, la

mission de « *donner un avis sur la liste des actes, prestations et fournitures qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, à l'exception des médicaments* ».

Le présent article propose une réforme d'ensemble des conditions de prise en charge des biens médicaux et met également en place un système de régulation globale des dépenses du secteur.

Ce système est « calqué » sur le dispositif d'évaluation et de régulation applicable au médicament. Son succès reposera notamment sur l'amélioration des systèmes d'information de l'assurance maladie sur un secteur dont les ventes sont « éclatées » au sein de plusieurs objectifs de dépenses (ville, clinique, hôpital).

• **Paragraphes I et II**

Ces paragraphes proposent de mettre fin à la mission d'évaluation des biens médicaux confiée par l'ordonnance du 24 avril 1996 à l'ANES. Ils modifient ainsi l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale qui subordonne la prise en charge par l'assurance maladie des actes, prestations ou fournitures à l'inscription sur une liste établie après avis de l'ANAES, en retirant de cette liste les « *fournitures* ». Ils procèdent de même dans l'article L. 791-2 du code de la santé publique, définissant les missions de l'ANAES.

• **Paragraphes III et IV**

Le a) du paragraphe III déplace le contenu de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, qui devient L. 165-6. Cet article L. 165-1, introduit par la loi instituant une couverture maladie universelle, donne aux organismes d'assurance maladie et aux organismes de protection sociale complémentaire la possibilité de conclure des accords avec les fabricants prévoyant les prix minimums des biens médicaux, les modalités de dispense d'avance de frais, et des dispositions spécifiques en faveur des bénéficiaires de la CMU. Votre commission et le Sénat avaient critiqué ce système lors de la discussion du projet de loi instituant une couverture maladie universelle.

Le **paragraphe V** du présent article prévoit que les dispositions, résultant de l'article L. 165-1, prévoyant que le prix de vente de certains biens médicaux ne peut excéder leur tarif de responsabilité, ne seront plus en vigueur à compter de la publication d'arrêtés ministériels pris en application de l'article L. 165-3 (introduit par le paragraphe III du présent article) fixant les prix de vente de certains biens médicaux.

Le b) du paragraphe III introduit cinq articles L. 165-1 à L. 165-5 nouveaux dans le code de la sécurité sociale.

L'article L. 165-1 nouveau réforme les conditions d'inscription au TIPS, en confirmant la dissociation des fonctions d'évaluation et de tarification.

Il prévoit que l'établissement de la liste est subordonné à l'avis d'une commission dont le secrétariat est assuré par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, institution créée par la loi du 1^{er} juillet 1998 à partir de l'Agence du médicament et qui s'est vu confier les missions d'évaluation et de police sanitaire de l'ensemble des produits de santé.

L'institution de cette commission, créée par référence à la commission de transparence pour le secteur du médicament, met fin à l'existence de la commission consultative des prestations sanitaires.

Elle contribuera aussi à « alléger » les tâches de l'ANAES, déjà fort nombreuses et ambitieuses.

L'article L. 165-1 prévoit, comme le fait actuellement l'article R. 165-1, que l'inscription sur la liste peut être subordonnée au respect de spécifications techniques et d'indications thérapeutiques ou diagnostiques ainsi que de conditions particulières de prescription et d'utilisation.

L'article L. 165-2 prévoit que les tarifs de responsabilité des biens médicaux inscrits sur la liste sont établis par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du Comité économique des produits de santé, institué à partir du Comité économique du médicament par le paragraphe IV du présent article.

L'article L. 165-3 prévoit que les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie peuvent fixer par arrêté les prix des biens inscrits sur la liste. Ils le feront dans les conditions prévues à l'article L. 162-38, qui constitue la disposition législative de référence autorisant le pouvoir réglementaire à fixer les prix de l'ensemble de produits, prestations ou services pris en charge par la sécurité sociale. On rappellera ici qu'alors que, pour les médicaments, l'article L. 593 du code de la santé publique prévoit la réglementation des prix de tous les médicaments remboursés, le présent article L. 165-3 laisse subsister, pour les autres biens médicaux, un secteur à prix libres et un secteur à prix réglementés. Votre commission souhaiterait connaître les intentions du Gouvernement en la matière.

L'article L. 165-4 institue un mécanisme conventionnel de régulation des volumes de biens médicaux vendus.

Cet article s'inspire de l'article L. 162-18 qui prévoit que les entreprises pharmaceutiques peuvent s'engager collectivement avec le Comité économique du médicament à faire bénéficier l'assurance maladie de remises, ainsi que du système de conventionnement individuel des laboratoires pharmaceutiques prévu par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

L'article L. 165-4 donne aux entreprises et aux distributeurs de biens médicaux, la faculté de conclure des conventions avec le Comité économique du médicament, portant sur le volume des ventes. Ces conventions peuvent prévoir la possibilité de versement de remises, qui pourra être déclenché au vu d'un suivi des dépenses du secteur réalisé par le comité.

Le projet de loi prévoit que le suivi comportera au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année, sans qu'il en tire des conséquences automatiques sur les tarifs ou les remises : cette absence d'automatisme rend le dispositif acceptable, à la différence du mécanisme prévu par l'article 17 du projet de loi pour les professionnels de santé. A la différence aussi du mécanisme de régulation des dépenses pharmaceutiques, le système conventionnel est véritablement optionnel, sans qu'une taxe vienne frapper les entreprises non conventionnées en cas de dérapage des dépenses.

• Paragraphes IV, VI, VII et VIII

Le **paragraphe IV** modifie les articles du code de la santé publique concernant le Comité économique du médicament afin d'élargir ses compétences à l'ensemble des produits de santé.

Le **paragraphe VI** abroge, à compter de la publication du décret en Conseil d'Etat fixant les modalités d'inscription au TIPS prévu par l'article L. 165-1, l'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale qui dispose que « *les frais d'acquisition et de renouvellement des appareils sont remboursés d'après le tarif de responsabilité des caisses établi par des conventions conclues entre les caisses et les syndicats de fournisseurs et dans les limites d'un tarif fixé par arrêté ministériel* ».

Le **paragraphe VII** abroge le troisième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, relatif au tarif de responsabilité des « *fournitures pharmaceutiques* », désormais incluses dans le champ de l'article L. 165-1.

Enfin, le **paragraphe VIII** introduit dans le code de la santé publique un article L. 665-7-1 nouveau donnant la possibilité au ministre de la santé de fixer par arrêté les « conditions particulières relatives à la délivrance » des dispositifs médicaux.

II - La position de votre commission

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

Art. 24

*(art. L. 162-22-1, L. 162-22-2, L. 162-22-3 à L. 162-22-6, L. 165-7 et L. 174-16
nouveaux du code de la sécurité sociale, art. L. 710-16-2
du code de la santé publique*

Etatisation de la régulation de l'hospitalisation privée

Objet : Cet article a pour objet de réformer le mécanisme de régulation des dépenses de l'hospitalisation privée, introduit en 1991, tel qu'il résulte de l'article 21 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996. Cette réforme approfondit la régionalisation de la régulation introduite en 1996, mais en exclut l'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

• Paragraphe I

Ce paragraphe propose une nouvelle rédaction pour les articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale qui décrivent, dans le droit en vigueur, le mode de régulation des dépenses des établissements de santé mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, c'est-à-dire les établissements de santé privés à but lucratif. Ce dispositif, qui fonctionne depuis 1991 et a permis d'engager une restructuration du secteur de l'hospitalisation privée et de favoriser la modération de l'évolution de ses dépenses, repose sur un contrat tripartite national, conclu pour 5 ans entre l'Etat, l'assurance maladie et les représentants des cliniques qui est décliné, chaque année, par un accord tarifaire tripartite.

Cet accord détermine, à la suite du vote du Parlement, la répartition régionale de l'objectif quantifié national de l'hospitalisation privée. Cette répartition doit être effectuée selon des critères dont la satisfaction permettra de résorber progressivement les inégalités de dotation régionale. L'accord fixe aussi les tarifs des prestations par discipline.

La nouvelle rédaction proposée pour l'article L. 162-22-1 confie au décret le soin de disposer du cadre général de la régulation de l'hospitalisation privée. Tous les éléments qui, dans le droit en vigueur, étaient du ressort du contrat tripartite national conclu entre l'Etat, l'assurance maladie et les cliniques sont désormais du ressort du seul Etat. Il s'agit notamment de la définition des catégories de prestations d'hospitalisation prises en charge, des catégories de prestations pour exigence particulière du malade exclues de cette prise en charge, des méthodes permettant de calculer le montant des prestations prises en charge, des modalités de transmission des informations relatives à l'hospitalisation privée aux pouvoirs publics et à l'assurance maladie et de celles relatives au contrôle par les agences régionales de l'exécution de leurs engagements par les cliniques privées.

L'Assemblée nationale a ajouté au contenu de ce décret la fixation des modalités de détermination par l'Agence régionale de l'hospitalisation des tarifs des établissements de santé privés nouvellement créés ou issus d'un regroupement.

Votre commission s'oppose à cette étatisation de la définition du cadre général de la régulation de l'hospitalisation privée. Elle estime en effet que l'assurance maladie, qui est le payeur, comme les cliniques privées, acteurs du dispositif de régulation, ont leur « mot à dire » en ce domaine.

Aussi, elle vous proposera de maintenir le tripartisme en vigueur pour cet article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale. En conséquence, elle vous proposera aussi de remonter dans le champ du contrat les dispositions du paragraphe II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale proposées par le projet de loi, qui appartiennent au champ contractuel dans le droit en vigueur et dont le projet de loi propose de confier la définition à un décret en Conseil d'Etat.

Le texte proposé par le projet de loi pour le I de l'article L. 162-22-2 concerne la détermination de l'objectif quantifié national. Il reprend la définition de l'objectif contenu dans le droit en vigueur, à savoir le montant annuel des frais d'hospitalisation des établissements ayant conclu un contrat avec les agences régionales de l'hospitalisation pris en charge par l'assurance maladie.

L'objectif quantifié, comme dans le droit en vigueur, est déterminé par arrêté ministériel à la suite du vote du Parlement.

En revanche, le projet de loi introduit deux modifications par rapport au régime issu de l'ordonnance du 24 avril 1996 :

- il prévoit un délai pour la détermination de l'objectif quantifié national : ce délai est fixé à 15 jours suivant la promulgation de la loi de financement de la sécurité sociale ;

- il prévoit aussi que la prise en compte des évolutions de toute nature à l'issue desquelles les établissements se trouvent placés sous un nouveau régime financier entre désormais dans le champ de l'arrêté ministériel, et non plus dans le champ contractuel. Votre commission accepte ce transfert, dans la mesure où ses amendements maintiennent dans le champ contractuel la détermination des « *données utilisées pour la détermination de l'objectif quantifié national* ». Elle précise aussi, dans l'article L. 162-22-1, que le contrat tripartite tiendra compte, dans la détermination de ces données, des « *changements de régime juridique et financier de certains établissements* » qui les placent dans un ou hors du champ couvert par l'objectif quantifié national.

• **Paragraphe II**

Ce paragraphe insère, à la suite des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2, quatre nouveaux articles L. 162-22-3 à L. 162-22-7.

L'article L. 162-22-3 définit un nouveau mode de régulation annuelle des dépenses de l'hospitalisation privée, qui se caractérise essentiellement par la fin du tripartisme en vigueur, les accords annuels étant désormais conclus entre l'Etat et les représentants des cliniques privées.

Votre commission prend acte de la volonté affichée par le Gouvernement de confier plus d'autonomie à l'assurance maladie, mais constate qu'elle se traduit au contraire, pour les cliniques, par une « reprise en main » par l'Etat. Elle va à l'encontre de toutes les évolutions du système de santé confortant les passerelles entre l'hospitalisation et la ville. Elle constitue également un obstacle à une meilleure maîtrise des dépenses de santé, votre commission étant convaincue que c'est entre les frontières des différents secteurs que les économies les plus importantes peuvent être recherchées.

Aussi, elle vous propose de maintenir le tripartisme en vigueur pour la régulation annuelle des dépenses de l'hospitalisation privée.

Votre commission s'oppose également, comme elle l'a fait à l'article 17, au dispositif de régulation infra-annuel de l'évolution des dépenses, au 4^{ème} et au 8^{ème} mois, ainsi qu'à la mobilisation permanente des services de l'assurance maladie, exigée par le projet de loi : il prévoit en effet pour l'hospitalisation privée, comme pour les professionnels de santé exerçant en ville, que l'assurance maladie devra communiquer à l'Etat, au 30 janvier, le 15 juin et le 15 octobre, toutes les données permettant un ajustement des tarifs deux fois par an.

Votre commission estime, d'une part, qu'une régulation annuelle des dépenses suffit, si elle est bien faite, à maîtriser leur évolution, et que point n'est besoin de prévoir par la loi :

- pour un établissement public sous tutelle de l'Etat comme la CNAMTS, la transmission d'informations à l'Etat ;

- ni un suivi de l'évolution des dépenses par des partenaires conventionnels dont la réussite des négociations annuelles repose sur celle d'un dialogue permanent.

Aussi, elle vous proposera de supprimer les dispositions des paragraphes II et III de l'article L. 162-22-3 telles que proposées par le projet de loi.

L'article L. 162-22-4 prévoit les modalités de la régionalisation de l'objectif quantifié national et confie à l'Etat, à travers le directeur de l'ARH, la compétence régionalisée exclusive en matière de régulation de l'hospitalisation privée.

Dans le droit en vigueur, l'accord annuel tripartite détermine la répartition régionale de l'objectif quantifié national, ces montants régionaux étant ensuite répartis par discipline par les agences régionales de l'hospitalisation. Le nouveau dispositif, tel qu'il résulte des articles L. 162-22-3, prévoit qu'un accord entre l'Etat et les cliniques privées déterminera :

- les évolutions moyennes régionales et nationale des tarifs, avec une modulation possible par activité médicale ;

- ainsi que les variations maximales et minimales des taux d'évolution de ces tarifs que pourront décider les directeurs d'ARH.

Au niveau régional, le directeur de l'ARH et les organisations représentatives des cliniques -ou, à défaut, le seul directeur d'ARH- déterminent, dans un accord, les règles de modulation des tarifs et les critères susceptibles d'être pris en compte pour accorder à certains établissements des tarifs différents de ceux qui résulteraient de l'application du taux d'évolution régional.

Votre commission, en cohérence avec ses propositions pour les articles L. 162-22-1 à L. 162-22-3, refuse que l'assurance maladie soit exclue, au niveau régional comme au niveau national, de la régulation des dépenses de l'hospitalisation privée. Aussi, propose-t-elle que la commission exécutive de l'ARH délibère sur le contenu de l'accord régional prévu à l'article L. 162-22-4. La commission exécutive de l'ARH, aux termes de l'article L. 710-19 du code de la santé publique, est en effet composée à parité de représentants de l'Etat et de l'assurance maladie. Il serait en effet particulièrement illogique que la commission exécutive ait compétence, aux termes de l'article L. 710-20, pour délibérer sur les contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les établissements de santé et l'ARH, mais qu'elle soit exclue des accords fixant les règles applicables dans la conclusion de ces contrats. Certes, l'Assemblée nationale, au **paragraphe IV**, a adopté des dispositions montrant qu'elle partage sur ce point le souci de votre commission. Mais elle a omis de modifier l'article L. 162-22-4.

L'article L. 162-22-5 indique que les tarifs des établissements de santé privés seront désormais fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens que concluent les cliniques privées avec l'ARH en application de l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique.

Certes, l'article L. 710-16-2 prévoit déjà, dans le droit en vigueur, que les contrats « *déterminent par discipline les tarifs des prestations d'hospitalisation* ». Mais l'article L. 162-22-5, introduit par le projet de loi dans le code de la sécurité sociale, apporte deux précisions : la fixation des tarifs sera réalisée annuellement par des avenants, et l'entrée en vigueur de ces tarifs se fera au 1^{er} mai.

Votre commission vous propose de supprimer, dans cet article, la référence aux modifications infra-annuelles des tarifs résultant de la régulation prévue à l'article L. 162-22-3.

Elle est en effet favorable à une régulation annuelle des tarifs, et s'oppose à ce que les cliniques puissent, au cours d'une même année civile, devoir appliquer quatre tarifs différents :

- du 1^{er} janvier au 1^{er} mai, les tarifs de l'année n-1 ;
- du 1^{er} mai au 15 juin, les tarifs de l'année n ;
- du 15 juin au 15 octobre, les tarifs de l'année n, modifiés une première fois ;
- du 15 octobre au 31 décembre, les tarifs de l'année n, modifiés une seconde fois.

L'article L. 162-22-5 prévoit enfin que les tarifs de responsabilité des cliniques non conventionnées sont fixés par arrêté ministériel.

L'article L. 162-22-6 met en place un régime de sanctions financières en cas de fausse cotation de prestation, d'absence de réalisation des prestations facturées, ou de dépassement des capacités autorisées par l'ARH. Ces sanctions sont prises par le directeur de l'ARH, groupement d'intérêt public qui dispose, aux termes de l'ordonnance du 24 avril 1996, de la personnalité morale de droit public. La sanction ne peut être prononcée qu'après que l'établissement a été mis en mesure de présenter ses observations.

L'article L. 162-22-6 fixe un double plafond pour ces sanctions.

Le premier plafond concerne la nature de l'infraction. La sanction ne peut être inférieure au coût indûment supporté par l'assurance maladie, ni supérieure à 3 fois (fausse cotation), 5 fois (absence de réalisation des prestations facturées) ou 2 fois (dépassement des capacités autorisées) ce coût.

Le second plafond concerne toutes les sanctions qui ne peuvent excéder 5 % du chiffre d'affaires de l'établissement.

Votre commission vous propose un amendement de précision, dont l'objet est d'entendre le Gouvernement sur la définition de la notion de dépassement des capacités autorisées définies à l'article L. 712-2 du code de la santé publique.

Cet article ne définit pas, en effet, les capacités autorisées mais la carte sanitaire.

Enfin, l'Assemblée nationale a complété le dispositif proposé par le projet de loi initial par la création d'un article L. 162-22-7 nouveau qui, refusant l'inclusion des activités de dialyse et d'hospitalisation à domicile dans l'objectif quantifié national (*cf. dernier paragraphe du présent article 24 du projet de loi*), prévoit qu'un arrêté ministériel fixera chaque année un objectif de dépenses spécifique pour ces deux catégories de dépenses. Votre commission ne peut accepter ces dispositions, préférant que les partenaires conventionnels établissent librement le mode de régulation des dépenses de l'hospitalisation privée.

• **Paragraphe III**

Ce paragraphe modifie l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, relatif aux contrats d'objectifs et de moyens conclus entre les ARH et les cliniques privées. Il s'agit, d'une part, d'un paragraphe de conséquence qui vise à prendre en considération les articles L. 162-22-3 à L. 162-22-5 créés par le projet de loi.

D'autre part, ce paragraphe introduit, dans la définition des contrats, la notion d'« *orientations stratégiques des établissements* », par référence aux objectifs du SROS, qui existe déjà dans l'article L. 710-16-1 relatif aux contrats conclus avec les établissements participant au service public hospitalier. En outre, l'article L. 710-16-2 fait désormais référence à un « *contrat-type défini par décret* », plutôt qu'au contrat-type annexé au contrat tripartite national mentionné dans le droit en vigueur.

Votre commission, sur ce point, vous propose de maintenir ce droit en vigueur en cohérence avec son souci de refuser l'étatisation de la régulation de l'hospitalisation privée.

Elle vous propose de procéder de même au 5° de ce paragraphe III qui remplace une référence au contrat tripartite par une référence au décret pour la détermination des pénalités contractuelles applicables aux établissements.

• **Paragraphe IV**

Dans sa rédaction initiale, ce paragraphe modifiait la répartition des pouvoirs au sein des ARH entre la commission exécutive, composée paritairement de représentants de l'Etat et de l'assurance maladie, et son directeur, en confiant à ce dernier le soin de conclure le contrat régional de l'hospitalisation privée.

Votre commission approuve la modification introduite par l'Assemblée nationale, et qui confie désormais cette mission à la commission exécutive, compétente pour délibérer sur le contenu des contrats conclus entre l'ARH et chaque établissement.

• **Paragraphe V**

Ce paragraphe complète le chapitre V du titre VI du livre premier du code de la sécurité sociale (qui a été modifié par l'article 23 du présent projet de loi) par un article L. 165-7 nouveau qui donne aux cliniques privées la possibilité de négocier les prix des biens médicaux inscrits au TIPS. Cet article prévoit ainsi que les cliniques seront remboursées sur présentation de la facture du fournisseur et que, si le montant payé par la clinique est inférieur au tarif fixé par le TIPS, les économies réalisées seront partagées entre la clinique et l'assurance maladie, sur la base d'une clé de répartition déterminée par arrêté ministériel. Aux termes de cet article, le TIPS devient donc une liste de « *prix-plafonds* ». Les fabricants de dispositifs seraient à la fois soumis, au niveau national, à la pression d'un mécanisme de régulation conventionnel et, à la base, à celle de leurs clients. Votre commission n'est pas favorable à ce dispositif, et vous propose de le supprimer.

• **Paragraphe VI**

Ce paragraphe vise à instituer, comme il en existe pour les établissements publics de santé, une caisse pivot d'assurance maladie qui serait chargée de régler les frais d'hospitalisation pour le compte de l'ensemble des régimes, la répartition entre régimes étant ensuite effectuée à la suite d'un accord entre ces régimes ou, à défaut, sur la base d'une clé de répartition fixée par arrêté ministériel. Cette caisse serait la caisse primaire d'assurance maladie du régime général compétente dans la circonscription où est implanté l'établissement de santé. L'article prévoit la possibilité de choisir une autre caisse que la CPAM si un accord entre les différents régimes l'autorise. Ces dispositions seraient inscrites à l'article L. 174-16 du code de la santé publique, au sein du chapitre qui rassemble les dispositions relatives à la prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés en établissement, et dans lequel figure l'article L. 174-2 qui institue le système de caisse-pivot pour les établissements publics de santé.

• **Paragraphe VII**

Ce paragraphe vise à maintenir en vigueur les dispositions du contrat national tripartite de l'hospitalisation privée du 15 avril 1997, jusqu'à la publication du décret prévu par l'article L. 162-22-1 qui consacrera la fin du tripartisme et le transfert à l'Etat de la régulation d'ensemble du secteur de l'hospitalisation privée. Votre commission s'opposant à un tel transfert de compétences, elle vous propose de supprimer les dispositions de ce paragraphe.

• **Paragraphe VIII**

Ce paragraphe institue un *Fonds pour la modernisation des cliniques privées*, dont la création avait été demandée à plusieurs reprises par votre commission et toujours refusée par le Gouvernement. Ce fonds serait créé pour 5 ans, durée comparable à celle des fonds créés par les lois de financement précédentes pour l'hospitalisation publique et la médecine de ville. Ce fonds serait géré par la Caisse des dépôts, qui serait également chargée de verser les subventions

à la demande des agences régionales de l'hospitalisation. Il serait financé par une dotation des régimes d'assurance maladie et interviendrait dans des conditions fixées par décret. Curieusement, le projet de loi ne prévoyait pas, dans son texte initial, le montant des sommes qui seront affectées au fonds pour l'an 2000 : il disposait en effet que ce montant serait fixé chaque année par décret.

Votre commission ne peut qu'approuver la modification introduite par l'Assemblée nationale, aux termes de laquelle le montant des crédits alloués au fonds, qui figurent dans l'objectif de dépenses maladie mais ne sont pas compris dans l'ONDAM, sera fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale. Il s'élèvera, pour 2000, à 100 millions de francs.

Il convient d'observer que ces 100 millions de francs correspondent à peu près à l'écart entre le taux de progression de l'objectif de dépenses hospitalières pour 2000 annoncé par le Gouvernement et celui de l'objectif quantifié national pour la même année.

Votre commission vous propose d'adopter un amendement indicatif prévoyant que la publication du décret concernant le fonds se fera « dans un délai raisonnable », afin de protester contre les retards de publication des mesures d'application des dispositions votées en loi de financement de la sécurité sociale.

L'Assemblée nationale a complété le texte proposé par le Gouvernement dans le projet de loi initial en procédant à un ajout à l'article L. 715-10 du code de la santé publique, relatif aux établissements de santé privés à but lucratif ayant conclu avec l'Etat un contrat de concession pour l'exécution du service public hospitalier. Ces établissements de santé ne seraient plus autorisés à recevoir d'autres subventions pour leurs équipements, à l'exception de celles du fonds pour la modernisation des cliniques privées. Votre commission, peu éclairée par les débats à l'Assemblée nationale sur l'objet de cette disposition, vous proposera de la supprimer afin d'entendre les explications du Gouvernement.

• Paragraphes IX et X

Ces paragraphes visent à valider l'arrêté du 28 avril 1999 qui, en l'absence d'accord, a fixé pour 1999 l'objectif quantifié national et les tarifs des cliniques privées pour 1999. Les dispositions de cet arrêté avaient été contestées tant par les professionnels que par l'assurance maladie. Aussi, votre commission vous propose de supprimer le paragraphe IX de cet article, et d'interroger le Gouvernement sur les raisons qui le conduisent à demander au Parlement une telle mesure de validation. Votre commission vous proposera également de supprimer le paragraphe X, qui confirme l'objectif 1999. Ce paragraphe ne prévoit plus, à la suite du vote par l'Assemblée nationale, l'intégration, dans la base de l'objectif 2000, des dépenses relatives à l'hospitalisation à domicile et à la dialyse : ces dépenses n'avaient pas été intégrées comme faisant partie du champ de l'OQN dans les dispositions conventionnelles régissant l'hospitalisation privée.

• Paragraphe XI

L'Assemblée nationale a adopté un paragraphe additionnel tendant à supprimer des dispositions transitoires contenues dans l'article 24 paragraphe II de l'ordonnance n° 96-346 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée et à modifier une référence à un article du code de la sécurité sociale en conséquence des dispositions du présent projet de loi.

II - La position de votre commission

Votre commission vous propose 18 amendements aux différents paragraphes de cet article (*cf. ci-dessus*).

Elle vous propose d'adopter cet article ainsi amendé.

*Article additionnel après l'article 24
(art. L. 716-2 du code de la santé publique))*
Expérimentation de la tarification à la pathologie

Objet : Cet article additionnel vise à modifier la durée de l'expérimentation de la tarification à la pathologie dans les établissements de santé.

L'article 55 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle a modifié, dans le code de la santé publique, l'article L. 716-2 issu de la loi n° 91-748 du 31 juillet 1991 qui prévoyait la possibilité pour le Gouvernement d'expérimenter, à compter du 1^{er} janvier 1992 et pour une durée n'excédant pas cinq ans :

- l'élaboration, l'exécution et la révision de budgets présentés en tout ou partie par objectifs, tenant compte notamment des pathologies traitées ;

- l'établissement de tarifications tenant compte des pathologies traitées.

Il disposait que cette expérimentation pourrait avoir lieu dans les établissements de santé publics ou privés.

Sept ans plus tard, le nouvel article L. 716-2 prévoit, lui aussi pour cinq ans mais à compter du 1^{er} janvier 2000, une expérimentation de la tarification à la pathologie. Cette nouvelle rédaction prévoit que les expérimentations pourront être menées dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de

santé de la zone ou pour une partie d'entre eux. Les dépenses entraînées par cette expérimentation seront incluses dans la dotation globale hospitalière.

Votre commission, par l'article additionnel qu'elle propose après l'article 24, vise à raccourcir sensiblement la durée de cette expérimentation en la portant de cinq à deux ans.

Elle estime en effet que l'expérimentation de cette réforme, dans les établissements de santé publics et privés peut être plus rapide si l'ensemble des acteurs fait preuve du degré de mobilisation nécessaire.

Votre commission vous propose d'adopter cet article additionnel.

Art. 25

(art. 11-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975)

Opposabilité des enveloppes budgétaires aux établissements et services sociaux et médico-sociaux relevant de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975

Objet : Cet article a pour objet de rectifier une erreur matérielle survenue lors de la mise en place des textes relatifs au taux directeur opposable dans le secteur social et médico-social.

Le principe du taux directeur opposable, réclamé depuis de nombreuses années par votre commission par la voix de notre excellent collègue, M. Jean Chérioux, rapporteur pour avis des crédits de la solidarité, a été mis en œuvre, au cours de l'année 1999, en trois phases :

- **la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999** (*n° 9881194 du 23 décembre 1999*) a visé les établissements sociaux et médico-sociaux relevant de l'assurance maladie (enfants handicapés, soins aux adultes handicapés, soins aux personnes âgées) ;

- **la loi de finances pour 1999** (*n° 98-1266 du 30 décembre 1998*) a porté sur les établissements dont le financement est assuré par le budget de l'Etat (centres d'aide par le travail et centres d'hébergement et de réadaptation sociale) ;

- enfin, la *loi n° 99-641 du 27 juillet 1999* portant création d'une **couverture maladie universelle** (CMU) a concerné les établissements dont le financement est pris en charge par le budget de l'aide sociale départementale.

Avant 1999, l'article 11-1 de la *loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales* ne comprenait que deux alinéas : le premier précisait que l'habilitation et l'autorisation de fonctionnement annuelle d'un établissement social et médico-social pouvaient être refusées lorsque les coûts de fonctionnement apparaissaient hors de proportion avec les coûts constatés dans des services analogues. Le second alinéa prévoyait de même un refus d'habilitation ou d'autorisation, lorsque le coût de fonctionnement apparaissait injustifié ou excessif au regard des besoins de la population et de la situation économique et budgétaire de la collectivité concernée.

La mise en place des enveloppes à caractère opposable a nécessité de préciser, à l'article 11-1 précité, pour chacune des catégories d'établissements sociaux et médico-sociaux, que l'autorisation de fonctionnement pouvait être refusée lorsque le coût de fonctionnement du dispositif apparaissait injustifié ou excessif au regard de l'enveloppe de crédit allouée annuellement. Cette rédaction permet de donner valeur opposable, devant le juge, aux taux directeur d'évolution des enveloppes, ce qui n'était pas le cas auparavant.

A cet effet, l'article 135 de la loi de finances pour 1999 a inséré une disposition *ad hoc* « *avant le dernier alinéa* » de l'article 11-1 susvisé (soit avant le second alinéa de celui-ci).

L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a inséré une disposition appropriée « *avant le deuxième alinéa* » de l'article 11-1, c'est-à-dire en fait avant l'alinéa introduit par la loi de finances pour 1999.

Suite à une erreur qui a échappé aux deux assemblées ainsi qu'au Gouvernement, l'article 58 de la loi relative à la CMU a procédé à une nouvelle rédaction du « *deuxième alinéa* ». Ce faisant, alors que les auteurs de l'amendement introduit par l'Assemblée nationale pensaient modifier le dernier alinéa de l'article 11-1, ils ont en réalité modifié et remplacé le deuxième alinéa, tel qu'il résultait de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 qui fixait le taux directeur pour les établissements relevant de l'assurance maladie.

Cet article propose donc, afin de rendre cohérent à nouveau l'article 11-1 précité, de réintroduire la disposition instaurant les enveloppes opposables dans le secteur financé par la sécurité sociale au dernier alinéa de l'article 11-1 précité et de supprimer la disposition actuelle qui n'a plus lieu d'être dans la mesure où les mesures de précaution que celle-ci prévoit n'ont jamais été reconnues comme ayant valeur juridique au contentieux en cas de différend entre un établissement social et médico-social et son organisme financeur.

Votre rapporteur se félicite que la méthode retenue, même si elle oblige à une « *gymnastique législative* » parfois acrobatique, ait permis de faire entrer en vigueur le principe des enveloppes opposables de financement au cours de 1999. En revanche, il ne peut que constater que ce « *lapsus rédactionnel* » ne serait pas

intervenir si le Gouvernement avait procédé dans un délai plus rapide à l'inscription à l'ordre du jour du projet de loi portant réforme de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales très attendue par le secteur, ce qui aurait permis d'avoir une vision globale de la réforme du taux directeur.

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

Section 4

-

Branche accidents du travail

Art. 26 A (nouveau)

(art. 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

Prolongation du délai de réouverture des droits pour les victimes de l'amiante

Objet : L'Assemblée nationale a introduit en première lecture cet article additionnel, à l'initiative de M. Claude Evin, rapporteur pour avis, de Mme Jacqueline Fraysse et les membres du groupe communiste. Celui-ci vise à prolonger jusqu'à la fin de l'année 2001 le délai ouvert aux victimes de l'amiante pour faire reconnaître leur maladie en tant que maladie professionnelle.

D'une manière générale, 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** à compter du jour de la date à laquelle la victime a été informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle (et non plus de la date de la première constatation de la maladie, comme c'était le cas avant 1999).

Toutefois, concernant les **maladies liées à l'inhalation de poussière d'amiante**, compte tenu de la progression des connaissances médicales et de l'instauration du nouveau dispositif de cessation anticipée d'activité, il a été prévu **une levée du délai de prescription** pour toutes les personnes victimes d'une maladie de l'amiante constatée médicalement entre le 1^{er} janvier 1997 et le 28 décembre 1999, date d'entrée en vigueur de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (*III de l'article 40 de la loi du 23 décembre 1998*).

Les victimes peuvent donc faire valoir leurs droits aux indemnités prévues en cas de maladie professionnelle dans des conditions améliorées par rapport au droit commun des délais de forclusion.

Toutefois, cette réouverture des droits n'est pas définitive : la procédure de reconnaissance de la maladie professionnelle doit intervenir dans les deux ans de la publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, c'est-à-dire

jusqu'au 28 décembre 2000, ladite loi ayant été publiée au Journal Officiel du 27 décembre 1998.

Le présent article propose de **porter de deux à trois ans** ce délai de réouverture des demandes, soit de la fin 2000 à la fin de l'année 2001.

Cette prolongation du délai, même si elle est prise de manière anticipée avant la forclusion du délai actuellement en vigueur, ne paraît pas injustifiée dans la mesure où le dispositif de préretraite a été effectivement mis en place en mars 1999 et où il faut sans doute un certain délai pour informer les personnes frappées par une maladie liée à l'amiante. En outre, l'article 26 *infra* ouvre le dispositif de préretraite à de nouvelles catégories de travailleurs en contact avec l'amiante qui, informées de leurs nouveaux droits, souhaiteront faire reconnaître le caractère professionnel de leur maladie pour bénéficier éventuellement de la retraite anticipée dès 50 ans.

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

Art. 26

(art. 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)

**Extension du bénéfice de l'allocation de cessation d'activité
pour les victimes de l'amiante**

Objet : L'Assemblée nationale à l'exception d'un amendement purement rédactionnel a adopté sans modification cet article qui vise à compléter le dispositif adopté dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 prévoyant un dispositif de cessation anticipée d'activité en faveur des salariés victimes de l'amiante ou ayant travaillé au contact de ce matériau.

Le dispositif de préretraite spécifique pour les victimes de l'amiante résulte de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998.

Tout en approuvant la création de ce dispositif, -qui n'est pas contestable maintenant que sont mieux connus les dangers liés au contact avec l'amiante-, votre commission avait néanmoins regretté, sur le plan procédural, qu'un dispositif de cette importance eut été annoncé par le Gouvernement au cours d'une conférence de presse organisée le surlendemain de l'examen du projet de loi en première lecture par le Sénat et introduit en nouvelle lecture par l'Assemblée nationale après échec de la commission mixte paritaire.

Sans entrer dans le détail du dispositif, il est nécessaire d'en rappeler les grandes lignes.

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 telle que définie par arrêté du 29 mars 1999 : asbestose, dégénérescence maligne broncho-pulmonaire, mésothéliose, autres tumeurs pleurales primitives et cancers broncho-pulmonaire primitifs ;

- ceux qui ont travaillé dans un établissement où étaient « *fabriqués des matériaux contenant de l'amiante* » : ces établissements ainsi que les périodes de travail à risque sont fixés par arrêté ministériel.

Pour la première catégorie, celle des salariés directement victimes de l'amiante, l'allocation de cessation anticipée d'activité est versée dès l'âge de 50 ans jusqu'à l'âge de liquidation de la retraite.

S'agissant des salariés des établissements en relation avec l'amiante, l'âge du début du droit à l'allocation est calculé en déduisant de l'âge légal de départ à la retraite, le tiers des années d'activités passées dans l'établissement en cause. L'allocation ne peut être versée avant 50 ans.

L'allocation versée équivaut à **l'allocation de préretraite** accordée dans le cadre du Fonds national pour l'emploi : elle est donc proportionnelle au niveau des dernières rémunérations versées au salarié en activité (65 % du dernier salaire jusqu'au plafond de la sécurité sociale et 50 % au-delà). L'allocation est versée jusqu'à la date de calcul de la pension de vieillesse à taux plein ou, au maximum, jusqu'à 65 ans. Elle n'est pas compatible avec le maintien d'un revenu d'activité.

Imposable à la CRDS, à la cotisation maladie et à la CSG, l'allocation assure le droit aux prestations de sécurité sociale (assurance maladie et maternité, assurance vieillesse et régime complémentaire).

Les caisses régionales d'assurance-maladie (CRAM) sont chargées de la gestion et du versement de l'allocation.

Enfin, la double nature de ce dispositif, qui tient à la fois d'un mécanisme de préretraite et de la compensation d'un risque professionnel, se traduit par **une structure de financement hybride**.

Un Fonds spécifique, dont la gestion est assurée par la Caisse des dépôts et consignations (CDC), a été créé par l'article 41 susvisé, intitulé « *Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante* ».

Ce Fonds est alimenté en recettes, à la fois par une contribution de l'Etat et par un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP).

En dépense, ce Fonds comprend (*article du décret n° 99-247 du 29 mars 1999*) :

- le versement de l'allocation ;
- les cotisations d'assurance volontaire d'assurance maladie ;
- les cotisations et contributions au titre de la couverture retraite complémentaire ;
- les frais exposés par les organismes chargés de la gestion de l'allocation c'est-à-dire les CRAM, la CDC, l'ACOSS et les organismes de retraite complémentaire ;
- les frais de fonctionnement du fonds.

Le Fonds est géré par un *Conseil de surveillance* chargé du suivi et du contrôle de ses activités et de son fonctionnement. Il peut formuler des observations auprès du ministre.

La mise en place des **textes d'application** s'est déroulée dans des **conditions satisfaisantes**. Le dispositif est entré en vigueur le 2 avril 1999, après qu'eut été publié *le décret n° 99-247 du 29 mars 1999*, complété par deux arrêtés du même jour, fixant respectivement la liste des maladies professionnelles liées à l'amiante et la liste des établissements ayant fabriqué des matériaux contenant de l'amiante¹. Une circulaire d'application a été prise en juin 1999².

Par ailleurs, un arrêté du 8 juillet 1999 a nommé les personnes siégeant au conseil de surveillance du Fonds. Celui-ci est présidé par M. Alain Deniel.

En revanche, on observera que l'arrêté, prévu par la loi, qui doit fixer annuellement le montant des contributions de l'Etat et de la branche AT-MP n'est pas paru pour 1999.

Le fonds a connu une **mise en place progressive** : au 1^{er} octobre 1999 sur **2.636 demandes déposées, 309 donnaient lieu au paiement d'une allocation et 1.187 étaient en cours d'instruction**. Il est à noter que pour 842 salariés des droits potentiels ont été reconnus après instruction de la demande ; toutefois, ces derniers n'avaient pas encore pris la décision de démissionner au 1^{er} octobre 1999. Enfin, 298 demandes ont été rejetées pour des questions liées à l'âge, à la non reconnaissance de la maladie en tant que maladie professionnelle causée par l'amiante, ou pour défaut d'inscription de l'établissement sur la liste.

¹ Une liste complémentaire d'établissements a été dressée par arrêté du 21 juillet 1999 (JO du 27 juillet 1999).

² Circulaire DSS/4B/99 n° 332 du 9 juin 1999.

On notera que le coût moyen constaté de la dépense par allocataire est de 10.000 francs par mois environ, 7.500 francs correspondant au montant net de l'allocation et le solde étant imputable aux diverses cotisations de sécurité sociale et de retraite complémentaire prise en charge par le fonds.

S'agissant du coût global du dispositif, celui-ci reste encore difficile à évaluer dans la mesure où celui-ci se situe encore dans une période de montée en charge.

On rappellera qu'en novembre 1998, le besoin de financement au titre du fonds était estimé à 400 millions de francs par an.

Pour 1999, le coût du fonctionnement du fonds devrait s'élever à 130 millions de francs financés par une dotation budgétaire. Le fonds a reçu 100 millions de francs en cours d'année et 30 millions de francs sont prévus dans le cadre du collectif budgétaire pour 1999. Le financement est entièrement assuré par l'Etat conformément à l'annonce faite par Mme Martine Aubry en novembre 1998, d'où l'absence d'arrêté de répartition.

Pour 2000, le coût du dispositif en année pleine, à législation constante, est évalué à 415 millions de francs. La participation de l'Etat est assurée par l'affectation des droits sur les tabacs à hauteur de 200 millions de francs (*art. 29 du projet de loi de finances pour 2000*).

I - Le dispositif proposé

Cet article étend le dispositif de cessation anticipée d'activité de la loi du 23 décembre 1998 précitée à de nouvelles catégories de travailleurs en relation avec l'utilisation professionnelle de l'amiante et valide certaines précisions techniques nécessaires pour le calcul de l'allocation.

Le paragraphe I étend la liste des établissements concernés par le travail de l'amiante.

Ne sont visés actuellement que les établissements¹ « *de fabrication de matériaux* » contenant de l'amiante. Néanmoins, au-delà de la production des matériaux de base, se posait la question des industries, notamment liées aux bâtiments et travaux publics, qui faisaient un usage fréquent de l'amiante en raison de son caractère d'isolant thermique et électrique.

¹ Il s'agit bien d'établissements et non d'entreprises car la dénomination de l'établissement peut changer sans que cela reflète un changement de lieu ou d'activité.

Cet article vise donc les établissements de flochage et de calorifugeage à l'amiante ainsi que les établissements de construction et de réparation navale (1° du I).

On rappellera que le *flocage* est un procédé consistant à appliquer ou à projeter un adhésif et des fibres sur un support ou un panneau. Le *calorifugeage* est la technique consistant à appliquer un matériau qui empêche la déperdition de chaleur.

S'agissant des chantiers navals, un arrêté ministériel précisera la liste des métiers pour lesquels existe une présomption de contact avec l'amiante (3° du I). Diverses corporations traditionnelles seront recensées telles que celles des ajusteurs, chaudronniers, menuisiers, etc.

Par coordination, il est indiqué que la liste des établissements concernera, non seulement « *la fabrication* » de l'amiante, mais également le « *traitement* » de celle-ci (2° du I).

Le paragraphe II étend le dispositif spécifique de préretraite aux dockers professionnels dans les ports où était manipulée de l'amiante.

Contrairement au dispositif précédent, il n'est pas proposé de viser un établissement spécifique ou un métier particulier. Un arrêté ministériel doit déterminer la liste des ports dans lesquels les « *sacs d'amiante étaient manipulés* ».

Cette rédaction peut sembler relativement générale : on rappellera toutefois que, s'agissant des établissements de fabrication de l'amiante, l'ensemble des salariés sont couverts par le dispositif, même s'ils n'ont pas été impliqués directement dans le processus de traitement du produit.

Par ailleurs, le dispositif vise explicitement les cas de manipulation de sacs d'amiante, parfois éventrés à fond de cale, alors qu'aujourd'hui ce produit est déchargé en containers hermétiques.

La prise en compte de la période de durée du travail dans le port, permettant d'évaluer l'âge de l'anticipation de la retraite, mentionnée dans l'article, devrait être effectuée selon les mêmes modalités que celles prévues actuellement pour les bénéficiaires de la préretraite.

Selon les informations fournies par le ministère de l'emploi et de la solidarité, les ports de Dunkerque (70 % du trafic), du Havre et de Saint-Nazaire ont été, pendant des années, les ports de déchargement de la plus grande partie des fibres d'amiante importée en France, sans précaution particulière au demeurant pour leur maniement.

Le paragraphe III complète les règles de non-cumul.

D'ores et déjà, l'article 41 précité prévoit que le bénéficiaire doit cesser toute activité professionnelle et qu'il ne peut cumuler son allocation de cessation anticipée d'activité, ni avec une allocation mentionnée à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale, qui comprend notamment les allocations de chômage, ni avec un avantage de vieillesse ou d'invalidité.

Cet article ajoute les allocations de préretraite ou de cessation anticipée d'activité. Il vise ainsi les préretraites du Fonds national de l'emploi (FNE) et l'allocation de remplacement pour l'emploi (ARPE) financée par l'UNEDIC.

Cette mesure d'interdiction du cumul est logique dans la mesure où les dispositifs ont bien le même objet ; au demeurant, le niveau de la prestation prévue en faveur des travailleurs de l'amiante a été fixé par référence à celui des préretraites du FNE. Cette conséquence du dispositif avait déjà été intégrée à la circulaire du 9 juin 1999.

Le paragraphe IV améliore les conditions dans lesquelles doit être apprécié **le niveau de rémunération d'activité des bénéficiaires** pour le calcul de leur allocation.

L'article 41 précité se référait à « *la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts de la dernière année d'activité salariée du bénéficiaire* ».

En fait, il est apparu que les salariés concernés avaient pu connaître une diminution de leur rémunération au cours de leur dernière année de travail pour des raisons qui ne leur étaient pas imputables.

Tel était le cas en particulier des salariés dans des entreprises confrontées à des difficultés économiques ayant mis en place des plans sociaux prévoyant le recours à des préretraites, des congés de conversion ou un passage à temps partiel.

Par ailleurs, il convient de neutraliser les périodes durant lesquelles le salarié a bénéficié d'allocations de chômage, d'une période d'activité à mi-temps thérapeutique, de périodes de congés payés ou de périodes de travail à temps partiel dans le cadre d'un CDD (*circulaire n° 332 du 9 juin 1999 précitée*).

Afin de mettre à jour la législation en fonction des situations rencontrées sur le terrain, le paragraphe IV propose donc de se référer aux salaires correspondant aux « *douze derniers mois d'activité salariée* » du bénéficiaire tout en ne prenant pas en compte certaines périodes d'activité ayant donné lieu à rémunération réduite, formule qui recouvre *a priori* les périodes de travail à temps partiel imposées au salarié. Un décret doit préciser les cas en question.

II - La position de votre commission

Votre rapporteur tient tout d'abord à souligner que la modification du champ du dispositif de la préretraite proposé par cet article n'est pas un aménagement à la marge par rapport au texte adopté en 1999, mais qu'elle entraînera bien **une augmentation significative des bénéficiaires potentiels du dispositif**. A titre indicatif, sous toutes réserves car on ne dispose pas d'éléments précis sur la répartition par classe d'âge des salariés concernés, on peut estimer qu'un peu plus de 9.000 travailleurs supplémentaires pourraient être concernés, principalement les salariés dans les chantiers navals et des établissements de calorifugeage et de flocage. Les dockers pourraient représenter, à titre purement indicatif, 800 à 900 salariés bénéficiaires potentiels.

Selon les estimations transmises à votre rapporteur, le coût de l'extension pourrait varier, en première analyse, de 400 à 600 millions de francs, ce qui n'est certes pas négligeable.

Bien entendu, **votre commission ne conteste pas l'utilité sociale de cet effort pour les travailleurs de l'amiante**, qui, du fait de leur activité professionnelle, ont été placés dans une situation de risque pathogène.

Pour autant, il convient de ne pas minorer la charge que représente un tel dispositif qui aura sans doute encore vocation à s'élargir à mesure que l'on connaîtra mieux les secteurs ayant travaillé sur l'amiante.

Votre commission a adopté **trois amendements** à cet article.

Le **premier amendement** précise que les dockers concernés par le mécanisme sont ceux qui ont travaillé dans les ports dans lesquels étaient manipulés des sacs d'amiante « *en quantité importante* ».

Dans la mesure où l'administration n'est pas en mesure d'identifier les dockers ayant travaillé précisément au déchargement de ce produit, il apparaît utile de préciser aux autorités ministérielles qui prendront le décret fixant la liste des ports en question que le texte législatif entend viser les ports par lesquels transitaient une part significative des importations ou des exportations d'amiante en France.

Tel semble être l'esprit dans lequel il a été compris par l'Assemblée nationale.

Le **deuxième amendement** vise à une amélioration du sort des salariés victimes de l'amiante qui, en raison des maladies qu'elle provoque, ont dû prendre un travail à temps partiel sur une longue période.

Certains travailleurs, prématurément touchés par une maladie liée à l'amiante, ont bénéficié d'une pension d'invalidité modeste et ont continué à

travailler à temps partiel, ceci depuis plusieurs années, pour assurer des revenus décents à leur famille.

Ils ne peuvent pas opter pour l'allocation de cessation anticipée d'activité car celle-ci est calculée proportionnellement à leurs revenus d'activité dont le niveau est évidemment faible, alors que le versement de l'allocation est incompatible avec le maintien du versement de la pension d'invalidité.

Cet amendement prévoit que le décret relatif à la période de rémunération pourra « compenser » les périodes d'activité à rémunération réduite : il s'agit d'autoriser les autorités administratives à ajouter le montant de la pension d'invalidité au revenu d'activité à temps partiel pour déterminer les revenus de base pour le calcul de la pension de préretraite du salarié victime de l'amiante et travaillant à temps réduit.

Le **troisième amendement** propose de préciser que le financement du Fonds doit être assuré « à parité » entre l'Etat et la branche « accidents du travail ».

Le Fonds est, en l'espèce, un mécanisme nouveau puisqu'il revient à indemniser par avance les victimes d'un risque potentiel : ce fonds a une double nature : il est à la fois une réparation particulière pour les victimes d'une maladie professionnelle et un mécanisme de préretraite pour des salariés qui n'ont pas tous le même risque de développer une maladie. Il semble donc logique de garantir pour l'avenir le principe d'une clé de répartition équilibrée entre les deux acteurs que sont l'Etat et la branche « accidents du travail ».

Au demeurant, Mme Martine Aubry elle-même, lorsqu'elle avait présenté le dispositif à l'Assemblée nationale en novembre 1998, s'était placée dans l'hypothèse du financement paritaire.

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

Art. 26 bis (nouveau)

(art. L. 434-2 du code de la sécurité sociale)

**Amélioration des modalités d'indemnisation
des accidents du travail successifs**

Objet : *Cet article, introduit par l'Assemblée nationale, par adoption à l'unanimité d'un amendement présenté par le Gouvernement en seconde délibération, a pour objet de prendre en compte, en cas d'accidents du travail successifs, l'incapacité permanente due aux accidents de travail antérieurs au moment de l'indemnisation du nouvel accident.*

I - Le dispositif proposé

L'indemnisation de l'incapacité permanente au titre d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle¹ est régie par les *articles L. 434-1 et suivants du code de la sécurité sociale*.

L'article L. 434-1 concerne les incapacités permanentes inférieures à 10 % : une telle incapacité donne lieu au versement d'une indemnité en capital à la victime. Un barème forfaitaire est fixé par décret en fonction du taux d'incapacité.

L'article L. 434-2 porte sur les incapacités permanentes supérieures à 10 %. Dans ce cas, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité « *qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci* ».

Le quatrième alinéa de l'article L. 434-2 prévoit certaines modalités de calcul de la rente en cas d'accidents successifs. Il prévoit que, si le taux d'incapacité est égal ou supérieur à 10 %, le total de la nouvelle rente et des rentes allouées en réparation des accidents antérieurs, ne peut être inférieur à la rente qui aurait été calculée sur la base du taux de la réduction totale et du salaire minimum.

Il est à noter que la rédaction dudit quatrième alinéa est relativement restrictive :

- le texte ne vise que le cas de deux accidents ayant entraîné une incapacité donnant lieu au versement d'une rente, c'est-à-dire supérieure à 10 % ; il n'envisage pas le cumul d'une rente avec une indemnité en capital ;

- il ne pose pas le principe du cumul des taux d'incapacité pour le calcul de la rente, par référence au salaire de la victime lorsqu'elle était en activité, mais il se borne à imposer la référence à un salaire minimum.

La mise en œuvre de ces dispositions en cas d'accidents successifs a soulevé de nombreux contentieux de la part des accidentés du travail.

La Cour de cassation, en assemblée plénière, a pris deux décisions qui, s'appuyant sur le texte même du code de la sécurité sociale, rejette le principe du cumul des taux d'incapacité due à des accidents successifs :

- « *il résulte de l'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale que le taux d'incapacité permanente de la victime est fixé pour chaque accident, sans que l'article L. 434-2, qui se borne à déterminer les modalités de calcul de la dernière*

¹ *L'article L. 461-1 du code de la sécurité sociale dispose que les dispositions du livre relatif aux accidents du travail sont applicables aux maladies professionnelles.*

rente en cas d'accidents successifs, constitue une dérogation à ce principe » (pourvoi n° 90-19910, 8 février 1993) ;

- une indemnité en capital est attribuée à la victime de tout accident du travail, qu'il soit unique ou survenu après d'autres accidents professionnels « *dès lors que l'incapacité permanente en résultant est inférieure à 10 %* » (pourvoi n° 92-10451, assemblée plénière, 8 février 1993).

Il est vrai que le dispositif a des conséquences concrètes précises difficiles à comprendre pour les victimes.

Concernant les « petits accidents », lorsque se produisent deux accidents correspondant à 7 % d'incapacité, il n'est pas procédé au versement d'une rente calculée à partir de 14 % d'incapacité ; en fait, chacun des deux accidents donne lieu à l'attribution d'une indemnité en capital indemnisant une incapacité à 7 %.

De même, si la personne a été victime d'un accident provoquant une incapacité de 50 %, un nouvel accident entraînant une incapacité de 9 % ne donnera pas lieu au versement d'une rente calculée à partir de 59 % d'incapacité permanente, mais au maintien de la rente à 50 %, assortie du versement d'une indemnité en capital indemnisant 9 % d'incapacité.

Enfin, concernant les accidents graves, la situation est compliquée par le jeu des coefficients réducteurs ou multiplicateurs. Conformément à *l'article R. 434-2 du code de la sécurité sociale*, la rente à laquelle a droit la victime tient compte du taux d'incapacité « *préalablement réduit de moitié pour la partie de ce taux qui ne dépasse pas 50 % et augmenté de la moitié pour la partie qui excède 50 %* »¹.

Le fait de prendre en compte séparément deux accidents du travail provoquant chacun une invalidité à 30 % (soit le salaire x 15 %) n'a donc pas les mêmes conséquences que de calculer une indemnisation pour un accident du travail ayant provoqué 60 % d'invalidité (salaire x 55 %).

Le I de l'article additionnel présenté par le Gouvernement prévoit deux mesures nouvelles.

Tout d'abord, il s'agit de réparer l'injustice du système actuel qui conduit à des inégalités de traitement entre les victimes d'accidents successifs et les victimes d'un seul accident pour un taux d'invalidité donnée. Ainsi, le mode de calcul est-il modifié afin que soient pris en compte le ou les taux d'incapacité antérieurement reconnus à la victime pour le calcul de la nouvelle rente (*première phrase du texte proposé pour le 4^{ème} alinéa de l'article L. 434-2*).

¹ La majoration est calculée en prenant la moitié de la fraction du taux d'incapacité permanente qui dépasse 50 %.

Par ailleurs, il est précisé que, dans le cas d'accidents successifs, la victime pourra opter, soit pour une rente, soit pour une indemnité en capital. Lorsqu'elle opte pour une rente, celle-ci tiendra compte des indemnités ou capital précédemment versés (*seconde phrase du texte proposé*).

Les deux dispositions précitées remplacent le dispositif actuellement prévu au quatrième alinéa de l'article L. 434-2 précité : Celui-ci n'a plus lieu d'être dans la mesure où le principe du cumul des taux d'incapacité successifs est désormais clairement posé.

En tout état de cause, la référence au salaire minimum devient superflue dans la mesure où l'article L. 434-16 du code de la sécurité sociale prévoit déjà que la rente doit être calculée sur un salaire minimum.

Le **paragraphe II** précise que ces dispositions entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 2000 pour les accidents du travail ou les maladies professionnelles « *déclarées* » à compter de cette date. La déclaration de l'accident du travail à la caisse primaire d'assurance maladie est une formalité qui incombe à l'employeur. La mesure pourra donc s'appliquer à des accidents survenus avant le 1^{er} janvier 2000. L'article L. 461-1 susvisé justifie que soient mentionnés, non seulement les accidents du travail, mais également les maladies professionnelles.

II - La position de votre commission

Votre rapporteur souhaite tout d'abord **présenter quelques observations sur la procédure** suivie pour l'adoption de cet article additionnel. Sur ce dossier bien connu, le Gouvernement a fait le choix de présenter un amendement en seconde délibération qui insère une disposition totalement nouvelle dans le projet de loi.

Or, l'article 101 du Règlement de l'Assemblée nationale dispose sans ambiguïté que la seconde délibération intervient « *sur tout ou partie du texte* ». S'agissant, à l'évidence, du texte en discussion, il est possible de revenir sur une disposition adoptée à tort ou d'amender un texte imparfait, mais il paraît pour le moins audacieux, du point de vue du strict respect du parlementarisme, de demander une seconde délibération sur une disposition législative qui n'a jamais été examinée en première délibération en séance publique.

La précipitation du Gouvernement et de l'Assemblée nationale est expliquée par le fait que la commission au fond avait adopté un amendement, insérant un article additionnel après l'article 26, sur la question des accidents du travail successifs qui n'a jamais été discuté en séance publique, puisqu'il avait été déclaré irrecevable par la commission des finances.

Le débat ayant été relancé lors de l'examen du rapport annexé, M. Claude Evin, rapporteur, informé de l'existence d'un amendement du Gouvernement, déclare qu'il n'a « *aucun scrupule d'auteur* » et propose à Mme la ministre de l'emploi et de la solidarité de déposer l'amendement au Sénat. Mme Martine Aubry déclare alors qu'elle s'engage effectivement à présenter l'amendement au Sénat et ajoute : « *mais de là à ce qu'il soit adopté, je ne peux le promettre* ».

Tout en étant sensible au souci de Mme la ministre de respecter la volonté du Sénat, votre rapporteur ne peut néanmoins s'empêcher de penser que, portant sur un amendement qui allait peu après être adopté à l'unanimité à l'Assemblée nationale, son appréciation comportait néanmoins, en partie, un procès d'intention.

C'est cette inquiétude qui allait justifier le recours à la procédure de la seconde délibération.

En tout état de cause, votre rapporteur tient à souligner que **votre commission a approuvé dans son principe le dispositif de cet article qui répond à des cas concrets douloureux** devant lesquels les considérations techniques liés au coût de la mise en place de rentes d'un faible montant ou aux difficultés des calculs de répartition du coût des indemnisations semblent de peu de poids.

Cela étant, votre commission a adopté un amendement afin de proposer sur le plan formel une nouvelle rédaction de cet article pour trois raisons :

Tout d'abord, il semble que, par rapport à l'exposé des motifs exposé en séance publique, le texte même de l'amendement soit légèrement restrictif : en effet, le souhait du Gouvernement est semble-t-il de permettre la prise en compte de tous les accidents successifs, que le seuil d'incapacité en résultant soit inférieur ou supérieur à 10 %.

Or, en insérant ce principe à l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, qui porte sur les accidents du travail entraînant plus de 10 % d'incapacité, le risque est grand de limiter la portée de la mesure. C'est en effet sur la base de la rédaction de l'article L. 434-1 relatif aux « petits accidents » que la Cour de Cassation s'est fondée pour refuser de prendre en compte le cumul des taux en cas d'incapacité de moins de 10 %. Ce point peut avoir une grande importance pour les personnes déjà atteintes d'une maladie ou victimes d'un accident entraînant entre 40 % et 50 % d'invalidité qui pourrait dépasser le seuil de 50 % du fait du nouvel accident qui les frappe.

Toujours sur le plan rédactionnel, il semble logique d'insérer au deuxième alinéa de l'article L. 434-2 relatif aux modalités de calcul de la rente pour les accidents de plus de 10 %, la disposition permettant de cumuler les taux en cas d'accidents successifs.

Enfin, le droit d'option sur demande de la victime soulève une interrogation au regard des règles applicables en matière de détermination des cotisations de la branche AT-MP.

Il convient de rappeler que la branche accidents du travail est financée uniquement par des cotisations dues par les employeurs.

Les établissements de moins de dix salariés ou appartenant à certaines branches d'activité, sont soumis à une tarification collective qui résulte de barèmes nationaux par branche d'activité.

Les établissements comptant entre 10 et 200 salariés suivent une tarification mixte qui fait intervenir pour partie le taux collectif de la branche et pour partie le taux propre de l'établissement.

Enfin, les entreprises de plus de 200 salariés sont astreintes à une tarification individuelle qui tient compte du coût réel du risque dans l'établissement considéré.

Les indemnités versées sont donc imputées directement ou indirectement aux entreprises. Le montant des indemnités en capital est prélevé pour leur montant affecté d'un coefficient de 1,1 : les rentes sont évaluées forfaitairement à 32 fois leur montant annuel.

De ce point de vue, la notion de droit d'option de la victime introduite au niveau de la loi est juridiquement complexe. Il convient de bien distinguer la **réparation** à laquelle a droit la victime, dont elle peut choisir les modalités, de la nature de la **contribution** demandée à l'entreprise. Il paraît préférable que la nature de cette contribution soit fixée par la loi.

En l'occurrence, au-delà de 10 % d'incapacité, les textes prévoient le versement d'une rente. Il appartient à la branche de garantir, le cas échéant, la possibilité d'une conversion de la rente en une indemnité en capital en assurant les frais de gestion d'une telle opération.

C'est pourquoi, il apparaît nécessaire de ne pas reprendre l'expression « *sur demande de la victime* » en laissant ouverte l'alternative entre rente et capital dont la caisse fixera les modalités.

Votre commission vous propose donc d'adopter **un amendement** :

- reprenant explicitement la possibilité d'un cumul pour les incapacités permanentes inférieures à 10 % ;

- précisant clairement la possibilité du cumul des taux pour les incapacités permanentes de plus de 10 % ;

- laissant ouverte l'alternative entre le versement d'une rente ou d'une indemnité en capital en cas d'accidents successifs entraînant plus de 10 % d'incapacité, la branche « accidents du travail » étant ainsi habilitée à fixer les conditions de la transformation de la rente en capital.

Votre commission vous propose d'adopter cet article tel qu'amendé.

Section 5

Objectifs de dépenses par branche

Art. 27

Objectifs de dépenses par branche

Objet : Cet article fixe les objectifs de dépenses par branche des régimes de plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres

I - Le dispositif proposé

Le Parlement approuve désormais les dépenses de la sécurité sociale, à travers la fixation des « *objectifs de dépenses par branche des régimes de plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres* ».

Ces dépenses correspondent aux opérations courantes des régimes, effectuées en métropole et dans les DOM. Elles recouvrent :

- les **prestations sociales** : il s'agit soit de prestations rendues obligatoires par la législation, soit de prestations extralégales (prestation d'action sanitaire et sociale), relevant de l'initiative de l'organisme gestionnaire ;

- les **prestations de services sociaux**, qui visent pour l'essentiel à abaisser le coût d'accès au système de soins de santé : il s'agit notamment de la prise en charge partielle des cotisations des praticiens et auxiliaires médicaux ;

- les frais de **gestion** engagés par les organismes de sécurité sociale ;

- les **transferts** entre régimes de protection sociale ;

- les **frais financiers** et les **autres dépenses**.

Par assimilation au régime général, quatre branches ont été retenues :

- la branche maladie-maternité-invalidité-décès ;

- la branche accidents du travail ;

- la branche vieillesse ;

- la branche famille.

Les comptes de la sécurité sociale, traditionnellement présentés toutes branches confondues, ont été éclatés pour satisfaire à cette décomposition en branches. Les règles comptables des organismes de sécurité sociale fluctuant d'un régime à l'autre, un certain nombre de conventions ont dû être adoptées :

- les dépenses de la **branche famille** sont pour l'essentiel celles de la CNAF, qui retrace déjà dans ses comptes l'ensemble des prestations légales servies par les différents organismes, ainsi que les charges annexes supportées par les organismes du régime général. Y sont ajoutés les frais de gestion administrative et d'action sociale de régimes agricoles pour la partie correspondant aux cotisations complémentaires familiales, ainsi que ceux du régime minier ;

- la branche des **accidents du travail** rassemble, outre les dépenses des fonds déjà existants (CNAMTS, salariés agricoles, Mines, FCAT, FCATA, Fonds d'allocation temporaire d'invalidité des agents des collectivités locales) les dépenses effectuées directement par les régimes d'employeurs, en contrepartie de cotisations dites « fictives » ;

- la définition d'une branche **maladie-maternité-invalidité-décès** pose un problème particulier.

Le régime général et les régimes alignés sur celui-ci rattachent les risques invalidité et décès au risque maladie. Dans ces régimes, les prestations d'invalidité sont servies par la branche maladie jusqu'à ce que les bénéficiaires atteignent 60 ans. Les pensions de vieillesse se substituent ensuite à celles-ci. Il n'en va pas de même des régimes spéciaux les plus importants, dans lesquels une pension d'invalidité peut continuer à être servie jusqu'au décès de l'intéressé. Le parti retenu a été de rattacher dans ce cas à la branche maladie les dépenses d'invalidité afférentes à des bénéficiaires de droits directs âgés de moins de soixante ans.

La **branche vieillesse** rassemble les prestations d'assurance vieillesse correspondant à des droits directs ou dérivés, les prestations d'assurance veuvage, et les prestations d'invalidité servies à des bénéficiaires de droits directs âgés de plus de soixante ans, ou des bénéficiaires de droits dérivés. Ces conventions sont identiques à celles utilisées pour déterminer les transferts de compensation entre régimes.

Les objectifs de dépenses présentés dans le projet de loi initial étaient les suivants :

Objectifs de dépenses du PLFSS initial

(en milliards de francs)

Maladie-maternité-invalidité-décès	733,3
Vieillesse-veuvage	803,3
Accidents du travail	54,7
Famille	265,0
Total des dépenses	1856,3

II - Les modifications adoptées à l'Assemblée nationale

L'article a fait l'objet de modifications importantes à l'Assemblée nationale.

Les mesures suivantes ont été prises en compte :

- diminution de 2,3 milliards de francs pour la branche « maladie-maternité-invalidité-décès » correspondant à la suppression de la contribution directe au fonds de financement de la réforme des cotisations patronales ;

- diminution de 1,8 milliard de francs pour la branche vieillesse-veuvage correspondant à la suppression de la contribution directe au fonds de financement de la réforme des cotisations patronales et augmentation de 0,2 milliard de francs correspondant à la revalorisation des allocations constitutives du minimum vieillesse de 1 % au 1^{er} janvier 2000 ;

- diminution de 1 milliard de francs pour la branche famille, correspondant à la suppression de la contribution directe au fonds de financement de la réforme des cotisations patronales.

En revanche, pour la branche accidents du travail, l'objectif de dépenses a été diminué de 0,4 milliard de francs au titre de la suppression de la contribution directe au « fonds de financement de la réforme des cotisations patronales », mais a été parallèlement augmenté de 0,4 milliard de francs en raison, selon Mme Martine Aubry, ministre de l'emploi et de la solidarité, « *de l'extension à de nouvelles catégories de salariés du dispositif de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante* »¹.

Pourtant, cet article n'a été modifié que de manière rédactionnelle à l'Assemblée nationale. Etait-ce une anticipation des effets financiers de l'article 26 A adopté en deuxième délibération par l'Assemblée nationale ou une mauvaise estimation de l'objectif de dépenses initial ?

Objectifs de dépenses adoptés à l'Assemblée nationale

(en milliards de francs)

Maladie-maternité-invalidité-décès	731,0
Vieillesse-veuvage	801,7
Accidents du travail	54,7
Famille	264,0
Total des dépenses	1.851,4

¹ JO Débats AN, 3^{ème} séance du 29 octobre 1999, p. 8608.

III - La position de votre commission

Votre commission vous propose de réduire l'objectif de dépenses de la branche famille de 2,5 milliards de francs, en raison de son refus de la prise en charge partielle par la CNAF de la majoration d'allocation de rentrée scolaire.

Cette décision n'a pas été prise par le Parlement. Il n'y a ainsi aucune raison d'entériner une telle décision de manière allusive, qui gonfle artificiellement l'objectif de dépenses de cette branche.

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

Section 6

-

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Art. 28

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Objet : Conformément aux dispositions de la loi organique, cet article qui n'a pas été modifié par l'Assemblée nationale fixe, pour 2000, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

I - Le dispositif proposé

Cet article fixe à 658,3 milliards de francs l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie pour 2000. Cet objectif, indique l'exposé des motifs du projet de loi, est « *en progression de 2,5 % par rapport aux dépenses attendues pour 1999* ».

En fait, cet objectif progresse de 4,5 % par rapport à l'objectif fixé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, qui s'élevait à 629,9 milliards de francs.

Mais le Gouvernement a choisi, cette année, de rompre avec l'esprit de la réforme constitutionnelle et organique instituant les lois de financement de la sécurité sociale, selon lequel le vote de l'ONDAM par le Parlement, sans ouvrir des crédits limitatifs -les assurés sociaux devant continuer à être remboursés en cas de dépassement de l'ONDAM-, avait une portée normative. Selon cette logique retenue par le constituant et le législateur organique, en effet, ce vote du Parlement était ensuite traduit dans des décisions gouvernementales et des conventions entre l'assurance maladie et les professionnels de santé tendant à garantir le respect de l'ONDAM au cours de l'année.

Cette chaîne de décisions, avec les mécanismes responsabilisants qu'elles définissaient, devait assurer une maîtrise progressive de l'évolution des dépenses de l'assurance maladie.

Si votre commission avait pris ses distances avec certains des mécanismes responsabilisants définis par l'ordonnance du 24 avril 1996, elle regrette que le

Gouvernement, depuis 1997, n'ait pas tiré les leçons du passé en définissant des méthodes médicalisées de régulation susceptibles d'être comprises et acceptées par tous. De fait, aucun dispositif de maîtrise -à l'exception de mesures tarifaires décidées par le Gouvernement pour certaines spécialités- n'a été mis en œuvre depuis 1996 pour les médecins, et beaucoup de professionnels de santé se retrouvent dans une situation de vide conventionnel.

De fait, le dérapage des dépenses, en 1999, aura été important : selon la Commission des comptes, les dépenses sur le champ de l'ONDAM devraient atteindre 643 milliards de francs, soit un dépassement de l'objectif de 13,1 milliards de francs et un dérapage de 2 % par rapport au taux de progression résultant du vote du Parlement, qui s'élevait pourtant à 2,6 %.

Ce taux de progression des dépenses doit être comparé aux engagements pris en décembre 1998 par le Gouvernement dans le Programme pluriannuel de finances publiques à l'horizon 2002. Celui-ci indique en effet : *« Une évolution contenue des dépenses d'assurance maladie est possible. Le programme retient une progression en volume de ces dépenses de 1,3 % en 2000, et décroissante par la suite en sorte de limiter à 3,5 % leur augmentation cumulée sur la période 2000-2002. Cela suppose de poursuivre de façon volontariste les efforts de décélération des dépenses. Comme le montre l'expérience de ceux de nos partenaires européens qui nous ont précédés dans cette démarche (les pays scandinaves, notamment, qui ont réussi à engager une diminution du coût de l'assurance maladie), cette décélération est compatible avec un progrès continu de la qualité du système de santé et avec une extension de la couverture maladie. »*

En présentant le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, le Gouvernement a choisi de « dissimuler » la progression réelle des dépenses en calculant le taux de progression de l'ONDAM, non par rapport à l'ONDAM 1999, mais par rapport aux dépenses réalisées. Il affiche donc un taux de progression de 2,5 %, alors que le taux réel est de 4,5 %.

Votre commission ne s'oppose pas par principe à une « remise à zéro » des compteurs, et elle vous proposera donc d'adopter cet article sans modification. Mais une telle opération mériterait, d'une part, d'être accompagnée des mesures tendant à financer le déficit de l'assurance maladie de 1999 et, d'autre part, de réformes de structures.

Le Gouvernement ne fait malheureusement, ni l'un, ni l'autre. Et les propos tenus par la ministre de l'emploi et de la solidarité devant votre commission, comparant le vote de l'ONDAM au choix d'une prévision économique telle que l'indice des prix, par exemple, sont source de grande inquiétude : ils ôtent tout sens au vote du Parlement et toute crédibilité aux mécanismes de régulation qui devraient en découler.

Dans son discours devant la Commission des compte de la sécurité sociale, la ministre de l'emploi et de la solidarité a aussi indiqué qu'« *il serait vain de s'en tenir à un raisonnement objectif sur objectif du fait du fort dépassement constaté en 1998 et de celui plus limité constaté en 1999. Le poids de ce dépassement d'une année ne doit pas créer artificiellement un déficit sur les années suivantes et accréditer l'idée d'une dérive inexorable du système de santé.* »

Tout ceci serait bel et bon si le déficit de 12,1 milliards de francs annoncé par la Commission des comptes pour la branche maladie du régime général pouvait être qualifié d'« *artificiel* ».

II - La position de votre commission

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

Section 7

-

Mesures relatives à la trésorerie

Art. 29

Simplification des relations financières entre l'ACOSS et les URSSAF

Objet : Cet article prévoit que les cotisations recouvrées par les Unions régionales pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF) sont transférées directement par virement à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

I - Le dispositif proposé

L'article 29 insère au chapitre V du titre V du livre II du code de la sécurité sociale un article L. 255-2 nouveau, précisant que les montants encaissés par les URSSAF sur leurs comptes spéciaux d'encaissement sont obligatoirement transférés par virement pour l'alimentation du compte unique de disponibilités courantes de l'ACOSS.

Les dispositions de cet article entreraient en vigueur au 1^{er} septembre 2000.

II - La position de votre commission

A l'heure actuelle, les URSSAF déposent à l'encaissement les chèques reçus des cotisants en paiement de leurs cotisations de sécurité sociale sur des comptes spéciaux ouverts auprès d'établissements bancaires ou financiers privés. Les URSSAF déposent ensuite le chèque de couverture représentant le montant de ces cotisations auprès des comptables du Trésor public, qui sont les « préposés » de la Caisse des dépôts, auprès de laquelle est ouvert le compte unique de disponibilités courantes (CUDC) de l'ACOSS. Ces correspondants locaux de la Caisse des dépôts et consignations (CDC) demandent eux-mêmes la contrepartie des chèques de couverture à la Banque de France, qui peut être amenée à faire un crédit gratuit à l'ACOSS.

Le dispositif proposé par le présent article tend ainsi à considérablement simplifier les circuits financiers, en remplaçant les chèques de couverture par des virements.

Il ne s'appliquerait qu'au 1^{er} septembre 2000, en raison du projet « GEODE 2 », tendant à établir de nouvelles relations financières et comptables entre l'ACOSS et la CDC. Votre rapporteur, président du Conseil de surveillance de l'ACOSS, suit avec attention ce projet, qui a pris un certain retard. Il indiquait ainsi dans son avis au Parlement sur l'application de la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et l'ACOSS¹ : « *La réforme du mode de gestion du compte unique élaboré par la Caisse des dépôts et consignations en liaison avec l'ACOSS (projet GEODE) devait être effective à compter du 1^{er} janvier 1999. Elle sera mise en place au 1^{er} décembre 1999 pour le fonctionnement des lignes territoriales et définitivement déployée au cours du premier semestre 2000.* »

On notera que l'effet financier de cet article sur les comptes de la sécurité sociale semble nul et que l'urgence n'est pas avérée, puisque le dispositif ne fonctionnera que le 1^{er} septembre 2000.

Favorable à cette mesure de simplification, votre commission vous propose, sous le bénéfice de ces observations, d'adopter cet article sans modification.

Art. 29 bis (nouveau)

Neutralité des effets de trésorerie des relations financières entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale et ces régimes

Objet : Cet article, résultant d'un amendement de M. Jérôme Cahuzac, rapporteur pour avis de la commission des Finances, vise à affirmer un principe général de neutralité des effets de trésorerie entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale et ces régimes, établi par l'intermédiaire de conventions.

I - Le dispositif proposé

Cet article insère au titre III (Dispositions communes relatives au financement) du livre premier (Généralités - Dispositions communes - tout ou partie des régimes de base) un chapitre IX bis nouveau intitulé « *Neutralisation des effets*

¹ Avis du Président du Conseil de surveillance de l'ACOSS au Parlement, 29 septembre 1999, p. 13.

de trésorerie des relations financières entre l'Etat, les organismes concourant au financement de la protection sociale et ces régimes » et constitué d'un seul article, l'article L. 139-2 (l'actuel article L. 139-2, dont la suppression est envisagée par le projet de loi, est relatif à la répartition de la CSG).

Ce nouvel article L. 139-2 tend à préciser que premièrement, *les relations financières entre l'Etat et les régimes de protection sociale*, deuxièmement, *les relations financières entre les régimes de protection sociale et les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale* et troisièmement, *les relations financières entre l'Etat et les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale* sont régies par des conventions. Ces conventions garantissent en particulier la neutralité des flux financiers pour la trésorerie des régimes de protection sociale.

M. Jérôme Cahuzac a retenu l'expression « *d'organismes concourant au financement de la protection sociale* », qui est plus large que celle « *d'organismes concourant au financement des régimes de base* », retenue par le législateur organique de 1996.

L'amendement a, en effet, été déposé à un moment où « *le fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale* » n'était pas reconnu comme un organisme concourant au financement des régimes de base.

Cette dénomination permet d'inclure également le fonds de financement de la couverture maladie universelle.

II - La position de votre commission

Cet amendement, adopté par la commission des Finances de l'Assemblée nationale, mais « défendu » par M. Claude Evin, rapporteur pour l'assurance maladie de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, a été adopté dans la nuit du 29 au 30 octobre, peu avant cinq heures du matin.

Il pose un principe tout à fait intéressant, qui n'a pas reçu jusqu'à maintenant de consécration législative. En effet, les relations financières entre l'Etat et la sécurité sociale sont marquées par une grande inégalité de rapport de forces, même si des progrès ont été réalisés, notamment depuis 1994.

La sécurité sociale avance ainsi gratuitement à l'Etat le coût de la majoration d'allocation de rentrée scolaire, ce qui « *justifie* » le relèvement du plafond d'avances de trésorerie au régime général. L'Etat est bien souvent un « *mauvais payeur* » de ses cotisations sociales. Les versements au titre de la politique de l'emploi ne sont malheureusement pas neutres ; la Cour des comptes a

ainsi chiffré -au 31 décembre 1998- à 6,7 milliards de francs les restes à recouvrer sur l'Etat¹.

En revanche, l'Etat ne fait pas d'avances à la sécurité sociale pour, par exemple, la CSG sur les revenus du patrimoine, dont le produit n'est versé entièrement qu'en fin d'année.

L'Etat et les régimes de sécurité sociale ont déjà conclu une convention de trésorerie, posant le principe de neutralité. Cette convention a été conclue le 2 mai 1994 entre l'Etat et l'ACOSS afin de neutraliser les effets, sur la trésorerie du régime général, des délais existant entre les dépenses de prestations réalisées par les régimes, ou les exonérations de versement de cotisations par les employeurs, et les remboursements pris en charge par l'Etat. A cette fin, un échéancier annuel de remboursement des dépenses d'un coût annuel supérieur à 1 milliard de francs a été élaboré. Pour l'essentiel, les remboursements mensuels sont égaux au douzième des crédits inscrits en loi de finances initiale, complétés de régularisations, soit en cours d'année, soit l'année suivante.

Les sommes en cause sont considérables : 66 milliards de francs pour les exonérations de cotisations en 1998, 95 milliards de francs pour les prestations prises en charge par l'Etat.

Cette convention fait normalement l'objet d'un avenant annuel. Il s'agissait de l'un des engagements de la convention d'objectifs et de gestion signée entre l'Etat et l'ACOSS le 3 avril 1998. Or, cet avenant n'a été pris ni pour 1998, ni pour 1999.

L'absence de respect de cet engagement n'est pas entièrement imputable à l'Etat. En effet, l'ACOSS mène actuellement un recensement des versements qui pourraient faire l'objet d'un échéancement et donner lieu, le cas échéant, à révision. Ce recensement ne sera complètement analysé qu'à la fin de l'année 1999. Votre rapporteur a d'ailleurs observé, dans l'avis qu'il a remis au Parlement en tant que président du Conseil de surveillance de l'ACOSS : « *Il est regrettable qu'une plus large impulsion n'ait pas été donnée à cette action, alors qu'il s'agit d'une des critiques traditionnelles adressées par la branche à l'Etat.* »².

L'article 29 bis (nouveau) s'explique notamment par la création, à l'article 2 du projet de loi du « *fonds de financement de la réforme des cotisations patronales* », qui remplacerait l'Etat pour le versement de la « *ristourne Juppé* » (40 milliards de francs), son extension (7,5 milliards de francs en 2000, 25 milliards de francs « à terme ») et les aides liées aux 35 heures (17,5 milliards de francs en 2000, 40 milliards de francs « à terme »). Il importe effectivement d'affirmer le principe

¹ Rapport 1999 sur la sécurité sociale, p. 51.

² Cf. Avis au Parlement du Président du Conseil de surveillance de l'ACOSS, septembre 1999, p. 15.

de neutralité en trésorerie des relations entre la sécurité sociale et ce fonds de financement.

Mais la catégorie des organismes concourant au financement des « *régimes obligatoires de base* », selon la dénomination retenue par le législateur organique, recouvre également le Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Le FSV est lié avec chaque régime par des conventions, qui ne sont pas uniquement des conventions de trésorerie, mais qui prévoient le versement par acomptes des dépenses des régimes qu'il prend en charge.

Votre commission n'est donc pas liée, pour arrêter sa position à l'égard de cet article, par l'amendement de suppression du « *fonds de financement de la réforme des cotisations patronales* » adopté à l'article 2.

Elle vous propose d'adopter le principe de l'insertion du chapitre IX bis, qui s'intitulerait « *Neutralisation des effets de trésorerie des relations financières entre l'Etat, les régimes obligatoires de base et les organismes concourant à leur financement* » et qui serait constitué d'un article L. 139-3 nouveau du code de la sécurité sociale¹. Sous réserve de ces modifications rédactionnelles, votre commission vous propose de conserver l'essentiel du dispositif adopté par l'Assemblée nationale.

En effet, votre commission préfère la dénomination retenue par le législateur organique, même si elle comprend la volonté de l'auteur de l'amendement d'inclure un champ plus vaste.

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

Art. 30

Ratification du décret portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale

Objet : Cet article autorise la ratification du décret du 7 octobre 1999, ayant porté le plafond d'avances de trésorerie du régime général de 24 à 29 milliards de francs.

I - Le dispositif proposé

¹ Par coordination avec l'amendement adopté à l'article 5.

Cet article, dans sa rédaction initiale, visait à demander au Parlement « *d'approuver le relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale par le décret n° du 1999* ». Le « numéro JO » et la date étaient ainsi laissés en blanc, parce que le projet de loi a été adopté en Conseil des ministres le jour même (7 octobre 1999) de l'adoption du décret relevant ce plafond de trésorerie.

II - Les modifications adoptées par l'Assemblée nationale

L'Assemblée nationale a adopté un amendement de M. Alfred Recours, rapporteur de la commission des Affaires culturelles, familiales et sociales, visant à une rédaction plus conforme à la loi organique du 22 juillet 1996. Celle-ci dispose que la ratification de ce décret est « *demandée* » au Parlement par « *le plus prochain projet de loi de financement de la sécurité sociale* » (article L.O. 111-5 du code de la sécurité sociale). En effet, le Parlement n'a pas à « *approuver* » le relèvement du plafond des avances de trésorerie, il le ratifie.

III - La position de votre commission

Le relèvement des plafonds des avances de trésorerie est réservé, selon la loi organique du 22 juillet 1996, aux cas « *d'urgence* ». Les trois plafonds d'avances de trésorerie au régime général fixés par les trois premières lois de financement ont été relevés *dans des conditions d'urgence* par un décret, dont la ratification est « *demandée* » au Parlement.

Les « plafonds des avances de trésorerie » se sont révélés un instrument de contrôle décevant du déficit. En effet, **le lien n'apparaît guère univoque entre le niveau du déficit et le plafond du recours à l'emprunt.**

Les avances de trésorerie et le solde du régime général 1997 - 1999

(en milliards de francs)

	LFSS 1997	LFSS 1998	LFSS 1999
Plafond inscrit en loi de financement	66,0	20,0	24,0
Solde prévu du régime général	- 29,7	- 12,0	0,0
Solde du régime général	- 33,7	- 17,0	- 4,0
Plafond après mesure réglementaire	80,0	31,0	29,0

Conformément à l'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, le Gouvernement a déposé, dans le 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 le recours à la voie réglementaire.

Ce rapport avance deux raisons. Premièrement, la situation de la trésorerie a été moins bonne que prévue, « *en raison d'un solde comptable légèrement négatif en 1999, alors que la loi de financement prévoyait l'équilibre* ». Deuxièmement, la trésorerie du régime général a été artificiellement dégradée de 6,85 milliards de francs, en raison de la majoration d'allocation de rentrée scolaire : « *cette dépense pèse dans un premier temps sur la trésorerie de l'ACOSS, puisqu'elle ne pourra être remboursée par l'Etat qu'en toute fin d'année ou au début de l'année 2000, après le vote de la loi de finances rectificative.* »

Cette raison était naturellement prévisible ; le Gouvernement n'avait qu'à prévoir l'inscription en loi de finances pour 2000 la majoration de l'allocation de rentrée scolaire. Il n'est pas légitime que l'Etat bénéficie ainsi d'une avance de trésorerie de la sécurité sociale.

Le rapport justifie l'urgence, ayant conduit à prendre un décret, d'une manière étonnante : « *les risques de dépassement étaient prévus dans les premiers jours d'octobre. Selon les prévisions disponibles au moment du relèvement du plafond, la trésorerie devait se situer au dessous de -24 milliards de francs dès la mi-octobre. Ce calendrier justifie l'urgence du relèvement du plafond, et le recours à un acte réglementaire, à un moment où la session parlementaire n'avait pas repris* ».

Pourtant, la session parlementaire a repris dès le vendredi 1^{er} octobre 1999, alors que le décret a été adopté en conseil des ministres du 7 octobre, pour une parution au Journal officiel du 8 octobre 1999.

L'annexe c) précise que le point le plus bas était prévu le 12 octobre, avec 24,114 milliards de francs.

Le Gouvernement avait tout à fait la possibilité de faire voter, entre le 1^{er} octobre et le 7 octobre 1999, un projet de loi de financement rectificatif, composé de deux articles.

Ce projet de loi de financement rectificatif, qu'avait souhaité votre commission des Affaires sociales il y a un an, aurait tiré les conséquences de la dérive constatée de l'ONDAM 1998 et de la dérive prévisionnelle de l'ONDAM 1999 et aurait fixé un nouveau plafond d'avances de trésorerie au régime général.

Le Gouvernement a préféré utiliser le décret, alors que l'urgence n'était pas avérée.

Votre commission constate que, depuis la création des lois de financement, le plafond des avances de trésorerie a été chaque année et sans exception relevé par le pouvoir réglementaire. Se crée ainsi une jurisprudence aussi univoque que fâcheuse.

En conséquence, votre commission vous propose d'adopter un amendement de suppression de cet article.

Art. 31

Plafonnement des ressources non permanentes

Objet : Cet article, qui fait partie du contenu « obligatoire » des lois de financement de la sécurité sociale, fixe les limites dans lesquelles les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de 20.000 cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres peuvent être couverts par des ressources non permanentes.

I - Le dispositif proposé

Le Gouvernement propose une liste de cinq « régimes » de sécurité sociale (en fait, deux régimes, deux caisses et un fonds) en fixant un plafond d'avances qui correspond au point le plus bas de la trésorerie de ces régimes.

Plafonds d'avances de trésorerie 1997 - 2000

(en milliards de francs)

	LFSS 1997	LFSS 1998	LFSS 1999	PLFSS 2000
Régime général	66,0	20,0	24,0	29,0
Régime des exploitants agricoles	8,5	8,5	10,5	12,5
CNRACL		2,5	2,5	2,5
Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines	2,3	2,3	2,3	2,3
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	0,8	0,5	0,5	0,5

II - La position de votre commission

La notion de plafond d'avances recouvre des situations très différentes.

Pour la CNRACL, le plafond proposé de 2,5 milliards de francs correspond à la dégradation du solde comptable de ce régime, mis à mal par la « surcompensation ».

Pour le régime des exploitants agricoles, le plafond proposé de 12,5 milliards de francs correspond à un besoin de trésorerie résultant du décalage entre le versement des prestations et le recouvrement des recettes. La CCMSA est donc autorisée à recourir à l'emprunt pour régler les prestations, auprès du Crédit agricole Indosuez, alors que le régime des exploitants agricoles est -en général- équilibré ou tout au moins proche de l'équilibre. La Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines est dans une situation analogue ; son solde comptable varie depuis 1996 entre - 325 millions de francs et + 7 millions de francs.

Pour le régime général, la dégradation du plafond proposé depuis 1998 est inversement proportionnelle à l'amélioration du solde comptable. L'annexe c) précise que la trésorerie du régime général pour 2000 risque de connaître des mutations importantes, en raison des versements du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale, qui se substitueraient aux versements réguliers de l'Etat, et du « *fonds de financement de la CMU, qui ne rembourse pas instantanément les prestations versées par les CPAM* ».

Votre commission vous propose, comme en 1997 et en 1998, de supprimer l'autorisation d'emprunt accordée à la CNRACL, afin de s'élever solennellement contre le mécanisme de la « surcompensation ».

Elle vous propose également de réduire le plafond d'avances de trésorerie accordé au régime agricole de 12,5 à 10,5 milliards de francs. Son relèvement d'année en année ne paraît pas se justifier, au regard de l'évolution du solde comptable du régime.

Elle vous propose enfin de réduire le plafond d'avances de trésorerie du régime général de 29 à 24 milliards de francs. Cette réduction tient compte de deux éléments : premièrement, la suppression du « *fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale* » ; deuxièmement, il n'est pas souhaitable d'accepter que le régime général fasse des avances de trésorerie au fonds de financement de la couverture maladie universelle.

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

TABLEAU COMPARATIF

I. TABLEAU COMPARATIF

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—————</p> <p style="text-align: center;">Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 114-1. - La Commission des comptes de la sécurité sociale analyse les comptes des régimes de sécurité sociale.</p> <p>Elle est assistée par un secrétaire général permanent, nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.</p>	<p style="text-align: center;">—————</p> <p style="text-align: center;">Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000</p> <p style="text-align: center;">TITRE I^{ER}</p> <p style="text-align: center;">ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE</p> <p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> <p>Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2000.</p>	<p style="text-align: center;">—————</p> <p style="text-align: center;">Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000</p> <p style="text-align: center;">TITRE I^{er}</p> <p style="text-align: center;">ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE</p> <p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p style="text-align: center;">—————</p> <p style="text-align: center;">Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000</p> <p style="text-align: center;">TITRE I^{er}</p> <p style="text-align: center;">ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE</p> <p style="text-align: center;">Article 1^{er}</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;"><i>Art. additionnel après l'Article premier</i></p> <p style="text-align: center;"><i>Le quatrième alinéa de l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</i></p> <p style="text-align: center;"><i>« Elle est assistée par un secrétariat général permanent, qui assure</i></p>

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la
commission**

l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.

« Le secrétariat général de la commission des comptes de la sécurité sociale est placé sous l'autorité d'un secrétaire général, nommé pour trois ans renouvelable une fois, par le ministre chargé de la sécurité sociale, sur proposition conjointe des présidents des deux assemblées. »

*Art. additionnel après
l'Article premier*

L'avis du Conseil d'Etat sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale est transmis au Parlement.

*Art. additionnel après
l'Article premier*

I. - Après l'article L. 114-1, il est inséré, dans le code de la sécurité sociale, un article L. 114-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-2. - Les régimes obligatoires de sécurité sociale communiquent leurs comptes au secrétaire général de la commission des comptes avant le 31 mars de l'année suivant l'exercice considéré.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article. »

II. - Après l'article L. 114-1, il est inséré, dans

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la sécurité sociale Livre Ier Généralités. Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base. Titre 3 Dispositions communes relatives au financement. Chapitre 6 Contribution sociale généralisée. Section 1 De la contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement.</p> <p>Art. 136-2. - I - La contribution est assise sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires, allocations, pensions y compris les majorations et bonifications pour enfants, des rentes viagères autres que</p>	<p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES</p>	<p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES</p>	<p><i>le code de la sécurité sociale, un article L. 114-3 ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Art. L. 114-3. - Les organismes de sécurité sociale décrivent leurs opérations à l'aide d'un plan comptable unique.</i></p> <p><i>« Le suivi d'application de ce plan comptable est assuré par le secrétariat de la commission des comptes de la sécurité sociale.</i></p> <p><i>« Un décret détermine les modalités d'application du présent article. »</i></p> <p><i>III. - Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois aux comptes de l'année 2001.</i></p> <p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>celles visées au 6 de l'article 158 du code général des impôts et des revenus tirés des activités exercées par les personnes mentionnées aux articles L 311-2 et L 311-3. L'assiette de la contribution due par les artistes-auteurs est celle prévue au troisième alinéa de l'article L 382-3.</p> <p>.....</p> <p>·</p> <p>II - Sont inclus dans l'assiette de la contribution :</p> <p>1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L 441-4 du code du travail ;</p> <p>.....</p> <p>..</p> <p>5° Les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ainsi que toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail</p>		<p>Art. 2 A (<i>nouveau</i>).</p> <p>I. - L'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Dans le 5° du II, après le mot : « loi » sont insérés les mots : « ou, en tout état de cause, est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 <i>duodecies</i> du code général des impôts » ;</p> <p>2° Après le 5° du II, il est inséré un 5° <i>bis</i> ainsi rédigé :</p> <p>« 5° <i>bis.</i> - Les indemnités versées à l'occasion de la cessation de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 <i>ter</i> du code général des impôts, ou, en cas de cessation forcée de ces fonctions, la fraction de ces indemnités qui excède les montants définis au</p>	<p>Art. 2 A.</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 242-1. - Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire.</p> <p>.....</p> <p>..</p>		<p>deuxième alinéa du 1 de l'article 80 <i>duodecies</i> du même code ; ».</p>	
<p>Code rural</p>		<p>II. - L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>(Art. 1031. - cf IV de l'Art. 5.)</p>		<p>« Sont aussi prises en compte les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 <i>ter</i> du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 <i>duodecies</i> du même code. »</p>	
		<p>III. - Après le premier alinéa de l'article 1031 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	
		<p>« Sont prises en compte dans l'assiette des</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 1062. - Le chef d'exploitation ou d'entreprise agricoles ou l'artisan rural verse à la caisse de mutualité sociale agricole à laquelle il est affilié :</p> <p>1° une cotisation pour lui-même ;</p> <p>2° une cotisation pour les salariés que, le cas échéant, il emploie.</p> <p>.....</p> <p>.</p>		<p>cotisations visées au premier alinéa les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 <i>ter</i> du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 <i>duodecies</i> du même code. »</p>	
<p>Art. 1154. - La cotisation due à la caisse de mutualité sociale agricole par chaque employeur est assise, sur les rémunérations</p>		<p>IV. - L'article 1062 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Sont prises en compte dans l'assiette des cotisations visées au 2° les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 <i>ter</i> du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 <i>duodecies</i> du même code. »</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>soumises à cotisations d'assurances sociales agricoles, qui sont perçues par ses ouvriers, employés ou assimilés bénéficiant du régime.</p>		<p>V. - Après le premier alinéa de l'article 1154 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p>	
<p>Cette cotisation est versée auprès de la caisse de mutualité sociale agricole.</p>		<p>« Sont prises en compte dans l'assiette des cotisations visées au premier alinéa les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 <i>ter</i> du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 <i>duodecies</i> du même code. »</p>	
<p>Un décret en Conseil d'Etat précisera, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article.</p>			
<p>Code du travail</p>			
<p>Art. L. 122-14-13. - Tout salarié quittant volontairement l'entreprise pour bénéficier du droit à une pension de vieillesse a droit, sous réserve des dispositions plus favorables d'une convention ou d'un accord collectif de travail ou du contrat de travail, à l'indemnité de départ en retraite prévue à l'article 6 de l'accord annexé à la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle.</p>			
<p>Tout salarié dont la mise à la retraite résulte d'une décision de l'employeur a droit, sous réserve des dispositions plus favorables</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>en matière d'indemnité de départ à la retraite contenues dans une convention ou un accord collectif de travail ou un contrat de travail, au versement d'une indemnité de départ en retraite équivalente soit à l'indemnité de licenciement prévue par l'article 5 de l'accord mentionné au premier alinéa s'il remplit les conditions fixées pour en bénéficier, soit à l'indemnité minimum de licenciement prévue à l'article L 122-9 du présent code. Les indemnités de départ mentionnées au présent alinéa obéissent au même régime fiscal et social que l'indemnité de licenciement.</p> <p>.....</p> <p>..</p> <p>.</p> <p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 136-6. -</p> <p>I - Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont assujetties à une contribution sur les revenus du patrimoine assise sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3° et 4° du II de l'article L 136-7 autres que les contrats en unités de compte :</p> <p>a) Des revenus fonciers ;</p> <p>b) Des rentes viagères constituées à titre onéreux ;</p> <p>c) Des revenus de capitaux mobiliers ;</p>		<p>VI. - La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail est supprimée.</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>d) Des plus-values mentionnées aux articles 150 A et 150 A bis du code général des impôts.</p>			
<p>e) Des plus-values, gains en capital et profits réalisés sur les marchés à terme d'instruments financiers et de marchandises, ainsi que sur les marchés d'options négociables, soumis à l'impôt sur le revenu à un taux proportionnel.</p>			
<p>Pour l'application de l'alinéa précédent, le gain net retiré de la cession d'actions acquises dans les conditions prévues aux articles 208-1 à 208-8-2 de la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales est égal à la différence entre le prix effectif de cession des actions net des frais et taxes acquittés par le cédant et le prix de souscription ou d'achat majoré, le cas échéant, des rémunérations visées au deuxième alinéa de l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale.</p>			
<p>f) De tous revenus qui entrent dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux, des bénéfices non commerciaux ou des bénéfices agricoles au sens du code général des impôts, à l'exception de ceux qui sont assujettis à la contribution sur les revenus d'activité et de remplacement définie aux articles L 136-1 à L 136-5.</p>			
<p>L'avoir fiscal non utilisé en application des dispositions de l'article 158 bis du code général des impôts est déduit de l'assiette de la contribution.</p>			
<p>II - Sont également</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>assujettis à la contribution, dans les conditions et selon les modalités prévues au I ci-dessus :</p> <p>a) Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application de l'article L 69 du livre des procédures fiscales ;</p> <p>b) Tous autres revenus dont l'imposition est attribuée à la France par une convention internationale relative aux doubles impositions et qui n'ont pas supporté la contribution prévue à l'article L 136-1.</p> <p>III - La contribution portant sur les revenus mentionnés aux I et II ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu.</p> <p>Les dispositions de l'article L 80 du livre des procédures fiscales sont applicables.</p> <p>Il n'est pas procédé au recouvrement de la contribution lorsque le montant total par article de rôle est inférieur à 160 F.</p> <p>Par dérogation à l'article 150 R du code général des impôts, le paiement ne peut être fractionné.</p>		<p>Art. 2 B (<i>nouveau</i>).</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>« 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>II. - Les droits de consommation sur les tabacs prévus à l'article 575 A du code général des impôts sont majorés à due concurrence.</p> <p>Art. 2 C (<i>nouveau</i>).</p> <p>A la fin du troisième alinéa du III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, la somme : « 160 F » est remplacée par la somme : « 400 F ».</p>	<p>Art. 2 B.</p> <p>Sans modification</p> <p>Art. 2 C.</p> <p>Sans modification</p>
<p>La majoration de 10 p 100 prévue à l'article 1761 du même code est appliquée au</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>montant de la contribution qui n'a pas été réglé dans les trente jours suivant la mise en recouvrement.</p>	<p>Art. 2.</p>	<p>Art. 2.</p>	<p>Art. 2.</p>
<p>TITRE III DU LIVRE PREMIER Dispositions communes relatives au financement</p>	<p>I. - Il est inséré, au titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, un chapitre I^{er} <i>quater</i> ainsi rédigé :</p> <p>« CHAPITRE I^{ER} QUATER</p> <p>« Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale</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. 131-8-1.</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 partenaires sociaux. Ce décret en Conseil d'Etat fixe également les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds.</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art L. 131-8. - Il est créé ...</p> <p>... L. 131-8-1 et d'améliorer le financement de la sécurité sociale par la réforme des cotisations patronales.</p> <p>« Ce ...</p> <p>... représentants des organisations syndicales de salariés et des organisations d'employeur les plus représentatives au plan</p>	<p>Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
		national. Ce décret du fonds.	
	« Art. L. 131-8-1. - Les dépenses du fonds sont constituées :	« Art. L. 131-8-1. - Alinéa sans modification	
	« 1° Par le versement, aux régimes de sécurité sociale concernés, des montants correspondant :	Alinéa sans modification	
	« a) A la prise en charge de l'allégement visé aux articles L. 241-13-1 et L. 711-13-1 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes ;	Alinéa sans modification	
	« b) A la prise en charge de l'aide visée à l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail ;	Alinéa sans modification	
	« c) A la prise en charge de la réduction visée aux articles L. 241-13 et L. 711-13 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes ainsi qu'au IV de l'article 1er de la loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative à des mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale.	Alinéa sans modification	
	« 2° Par les frais de gestion administrative du fonds.	Alinéa sans modification	
	« Les versements mentionnés aux a, b et c du 1° ci-dessus se substituent à la compensation par le	« Les ...	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">_____</p> <p>Code général des impôts</p> <p>Art. 403. - En dehors de l'allocation en franchise de 10 litres d'alcool pur accordée aux bouilleurs de cru, les alcools supportent un droit de consommation dont le tarif par hectolitre d'alcool pur est fixé à :</p> <p>I. - 1° 5474 F dans la limite de 90000 hectolitres d'alcool pur par an pour le rhum tel qu'il est défini à l'article 1er, paragraphe 4, point a, du règlement (CEE) n° 1576-89 du Conseil des communautés européennes, et produit dans les départements d'outre-mer à</p>	<p style="text-align: center;">_____</p> <p>budget de l'Etat prévue à l'article L. 131-7.</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 131-8-2. - Les recettes du fonds sont constituées par :</p> <p style="text-align: center;">« 1° Une fraction du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de finances pour 2000 ;</p> <p style="text-align: center;">« 2° La contribution sociale sur les bénéfices des sociétés visée aux articles 235 <i>ter</i> ZC et 1668 D du code général des impôts ;</p> <p style="text-align: center;">« 3° La taxe générale sur les activités polluantes prévue à l'article 266 <i>sexies</i> du code des douanes ;</p> <p style="text-align: center;">« 4° Une contribution versée par les organismes gérant des régimes de protection sociale relevant du code de la sécurité sociale et du code rural et ceux visés par l'article L. 351-21 du code du travail, dans les conditions prévues par l'article L. 131-8-3 ;</p>	<p style="text-align: center;">_____</p> <p>... L. 131-7 sous réserve que cette compensation soit intégrale. Dans le cas contraire, les dispositions prévues à l'article L.131-7 s'appliquent.</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 131-8-2. - Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">« 4° Une fraction fixée à 47 % 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 Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 <i>bis</i> du même code ;</p>	<p style="text-align: center;">_____</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>partir de canne à sucre récoltée sur le lieu de fabrication au sens de l'article 1er, paragraphe 3, point 1, dudit règlement, ayant une teneur en substances volatiles autres que les alcools éthylique et méthylique égale ou supérieure à 225 grammes par hectolitre d'alcool pur et un titre alcoométrique acquis égal ou supérieur à 40 p 100 vol.</p> <p>Un décret détermine les modalités d'application du premier alinéa.</p> <p>2° 9510 F pour les autres produits ;</p> <p>.....</p> <p>..</p>			
<p>Code du travail</p> <p><i>(Art. 212-5. - cf. II de l'Article 2 du projet de loi relatif à la réduction négociée du temps de travail)</i></p>	<p>« 5° Une contribution de l'Etat ;</p>	<p>« 5° La contribution visée aux articles L. 212-5 du code du travail et 992-2 du code rural ;</p>	
<p>Code rural</p> <p><i>(Art. 992-2. - cf. Art. 17 du projet de loi relatif à la réduction négociée du temps de travail : l'art. 992-2 existait dans le projet de loi initial et ne figure plus dans le texte adopté par l'Assemblée nationale)</i></p>	<p>« 6° Les produits non consommés de l'exercice précédent ;</p> <p>« 7° La contribution visée aux articles L. 212-5 du code du travail et 992-2 du code rural, qui est affectée à la réserve de trésorerie du fonds, dans la limite de 10 % des dépenses de celui-ci.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
		<p>« 7° Une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances.</p> <p>« Les recettes et les dépenses du fonds doivent être équilibrées, dans des conditions prévues par les</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<hr/>	<hr/>	lois de financement de la sécurité sociale. Le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul.	<hr/>
	<p>« Art. L. 131-8-3. - Le montant des contributions mentionnées au 4° de l'article L. 131-8-2 ainsi que les dates de leur versement sont fixés par voie de convention conclue entre l'Etat et chacun des organismes mentionnés audit 4°.</p>	<p>« Art. L. 131-8-3. - Supprimé</p>	
	<p>« A défaut de signature d'une convention avant le 31 janvier 2000, la contribution de chacun des organismes est déterminée en fonction du surcroît de recettes et des économies de dépenses induits par la réduction du temps de travail pour cet organisme. Les règles servant à calculer le montant et l'évolution de ces contributions sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>		
	<p>« Art. L. 131-8-4. - Pour l'application des contributions visées au 4° de l'article L. 131-8-2 et en l'absence de dispositions conventionnelles, des arrêtés conjoints des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'emploi et du budget fixent :</p>	<p>« Art. L. 131-8-4. - Supprimé</p>	
	<p>« - le montant prévisionnel des contributions dues au cours d'un exercice ; ce montant peut être, le cas échéant, révisé en cours d'année ;</p>		
	<p>« - le montant des</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
Code de la sécurité sociale	<p>régularisations dues au titre de l'exercice.</p> <p>« Les contributions visées au 4° de l'article L. 131-8-2 sont versées au fonds institué à l'article L. 131-8 au plus tard le 15 du deuxième mois de chaque trimestre, pour une fraction correspondant au quart du montant annuel.</p> <p>« Elles sont recouvrées selon les modalités prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 du présent code.</p> <p>« Art. L. 131-8-5. - Les frais d'assiette et de recouvrement des impôts, droits, taxes et contributions mentionnés à l'article L. 131-8-2 sont à la charge du fonds, en proportion du produit qui lui est affecté ; leur montant est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.</p> <p>« Art. L. 131-8-6. - Les relations financières entre le fonds et les organismes de protection sociale, d'une part, le fonds et l'Etat, d'autre part, font l'objet de conventions destinées notamment à garantir la neutralité en trésorerie des flux financiers pour les organismes de sécurité sociale. »</p>	<p>« Art. L. 131-8-5. - Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 131-8-6. - Alinéa sans modification</p>	
Art. - L. 135-3. - Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article L 135-2 sont constituées par :			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L 136-1, L 136-6, L 136-7 et L 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application d'un taux de 1,3 p 100 à l'assiette de ces contributions ;</p> <p>2° Le produit des droits prévus aux articles 402 bis, 438 et 520 A du code général des impôts ainsi qu'une fraction fixée à 55% du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du même code, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 bis du même code ;</p> <p>.....</p> <p>..</p>	<p>II. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2000.</p>	<p><i>I bis (nouveau).</i> - Dans le 2° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : « 55 % » est remplacé par le taux : « 8 % ».</p>	
	<p>A titre transitoire et jusqu'à la date de création du fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, les produits mentionnés à l'article</p>	<p>II. - Les ...</p> <p>...2000. Les dispositions du 4° de l'article L. 131-8-2 du code de la sécurité sociale et du <i>I bis</i> du présent article sont applicables aux versements effectués au profit respectivement du fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L 135-1 du même code à compter du 1^{er} janvier 2000.</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>L. 131-8-2, à l'exception de ceux mentionnés au dernier alinéa, sont versés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, et les produits mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 131-8-2 sont centralisés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale suit lesdits produits dans des comptes spécifiques ouverts à cet effet.</p> <p style="text-align: center;">Art. 3.</p> <p>Le code général des impôts est ainsi modifié :</p> <p style="padding-left: 40px;">1° Il est inséré un article 235 <i>ter</i> ZC ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 80px;">« Art. 235 <i>ter</i> ZC. - I. - Les redevables de l'impôt sur les sociétés sont assujettis à une contribution sociale égale à une fraction de cet impôt calculé sur leurs résultats imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 et diminué d'un abattement qui ne peut excéder 5 000 000 F par période de douze mois. Lorsqu'un exercice ou une période d'imposition est inférieur ou supérieur à douze mois, l'abattement est ajusté à due proportion.</p> <p style="padding-left: 40px;">« La fraction mentionnée au premier alinéa est égale à 3,3 % pour les exercices clos à compter du 1er janvier 2000.</p> <p style="padding-left: 40px;">« Sont exonérés les redevables ayant réalisé un chiffre d'affaires de moins de</p>	<p>... mentionnés au 5° sont versés ...</p> <p>... mentionnés au 5° de l'article L. 131-8-2 ...</p> <p>... effet.</p> <p style="text-align: center;">Art. 3.</p> <p style="padding-left: 40px;">Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 40px;">Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 80px;">« Art. 235 <i>ter</i> ZC. - Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">Art. 3.</p> <p style="text-align: center;">Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<hr/>	<hr/> <p>50 millions de francs. Le chiffre d'affaires à prendre en compte s'entend du chiffre d'affaires réalisé par le redevable au cours de l'exercice ou période d'imposition, ramené à douze mois le cas échéant et, pour la société mère d'un groupe mentionné à l'article 223 A, de la somme des chiffres d'affaires de chacune des sociétés membres de ce groupe. Le capital des sociétés, entièrement libéré, doit être détenu de manière continue, pour 75 % au moins, par des personnes physiques ou par une société répondant aux mêmes conditions dont le capital est détenu, pour 75 % au moins, par des personnes physiques. Pour la détermination de ce pourcentage, les participations des sociétés de capital-risque, des fonds communs de placement à risques, des sociétés de développement régional et des sociétés financières d'innovation ne sont pas prises en compte à la condition qu'il n'existe pas de lien de dépendance au sens du 1 <i>bis</i> de l'article 39 <i>terdecies</i> entre la société en cause et ces dernières sociétés ou ces fonds.</p>	<hr/>	<hr/>
	<p>« II. - Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 223 A, la contribution est due par la société mère. Elle est assise sur l'impôt sur les sociétés afférent au résultat d'ensemble et à la plus-value nette d'ensemble définis aux articles 223 B et 223 D.</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>LIVRE II Recouvrement de l'impôt CHAPITRE PREMIER Paiement de l'impôt SECTION I Impôts directs et taxes assimilées II Exigibilité de l'impôt <i>1 bis</i> Contribution temporaire sur l'impôt sur les sociétés - Droits et pénalités</p>	<p>« III. - Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 209 <i>quinquies</i>, la contribution est calculée d'après le montant de l'impôt sur les sociétés, déterminé selon les modalités prévues au I, qui aurait été dû en l'absence d'application de ce régime. Elle n'est ni imputable ni remboursable.</p> <p>« IV. - Les avoirs fiscaux ou crédits d'impôt de toute nature ainsi que la créance visée à l'article 220 <i>quinquies</i> et l'imposition forfaitaire annuelle mentionnée à l'article 223 <i>septies</i> ne sont pas imputables sur la contribution.</p> <p>« V. - Elle est établie et contrôlée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties et sanctions.</p> <p>« VI. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. » ;</p> <p>2° Il est inséré un article 1668 D ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 1668 D. - I. - La contribution sociale mentionnée à l'article 235 <i>ter</i> ZC est recouvrée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties.</p> <p>« Elle est payée</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. 1668 D. - I. - La contribution ...</p> <p>...garanties et sanctions.</p> <p>Alinéa sans</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>spontanément au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts directs, au plus tard à la date prévue au 2 de l'article 1668 pour le versement du solde de liquidation de l'impôt sur les sociétés.</p>	modification	
	<p>« Elle donne lieu au préalable à quatre versements anticipés aux dates prévues pour le paiement des acomptes d'impôt sur les sociétés de l'exercice ou de la période d'imposition. Le montant des versements anticipés est fixé à 3,3 % du montant de l'impôt sur les sociétés calculé sur les résultats imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 de l'exercice ou de la période d'imposition qui précède et diminué d'un montant qui ne peut excéder celui de l'abattement défini au premier alinéa du I de l'article 235 <i>ter</i> ZC.</p>	<p>Alinéa modification</p>	sans
	<p>« Lorsque le montant des versements anticipés déjà payés au titre d'un exercice ou d'une période d'imposition en application du deuxième alinéa est égal ou supérieur à la contribution dont l'entreprise prévoit qu'elle sera finalement redevable au titre de ce même exercice ou de cette même période, l'entreprise peut se dispenser du paiement de nouveaux versements en remettant au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts directs, avant la date d'exigibilité du prochain versement anticipé, une déclaration datée et signée.</p>	<p>Alinéa modification</p>	sans
		« Si la déclaration	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>CHAPITRE II DU TITRE PREMIER DE LA PREMIÈRE PARTIE DU LIVRE PREMIER Impôt sur les bénéfices des sociétés et autres personnes morales SECTION III Détermination du bénéfice imposable</p> <p>Art. 213. - L'impôt sur les sociétés, la contribution mentionnée à l'article 235 ter ZA, (la contribution temporaire mentionnée à l'article 235 ter ZB) (M) et l'impôt sur le revenu ne sont pas admis dans les charges déductibles pour l'établissement de l'impôt.</p> <p>.....</p>	<p>« II. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. » ;</p> <p>3° Au premier alinéa de l'article 213, après les mots : « la contribution temporaire mentionnée à l'article 235 ter ZB », sont insérés les mots : « , la contribution sociale mentionnée à l'article 235 ter ZC ».</p>	<p>mentionnée à l'alinéa précédent est reconnue inexacte à la suite de la liquidation de la contribution, la majoration prévue au 1 de l'article 1762 est appliquée aux sommes non réglées.</p> <p>« II. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Code des douanes</p> <p>TITRE X Taxes diverses perçues par la douane CHAPITRE IER Taxes intérieures</p> <p>Art. 266 <i>sexies</i>. - I. - Il est institué à compter du 1er janvier 1999 une taxe générale sur les activités polluantes qui est due par les personnes physiques ou morales suivantes :</p> <p>.....</p>	<p>Art. 4.</p> <p>I. - Le code des douanes est ainsi modifié :</p> <p>A. - L'article 266 <i>sexies</i> est ainsi modifié :</p> <p>1° Au I, les mots : « à compter du 1er janvier 1999 » sont supprimés ;</p>	<p>Art. 4.</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>A. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>Art. 4.</p> <p><i>Supprimé</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale		Propositions de la commission
	<p>2° Le I est complété par un 5, un 6, un 7 et un 8 ainsi rédigés :</p>	Alinéa modification	sans	
	<p>« 5. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou qui met à la consommation des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge relevant respectivement des rubriques 34022090, 34029090 et 38091010 à 38099100 du tarif douanier ;</p>	Alinéa modification	sans	
	<p>« 6. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou qui met à la consommation des grains minéraux naturels d'un diamètre maximal de 125 millimètres relevant des rubriques 2505 et 25171010 du tarif douanier ;</p>	Alinéa modification	sans	
	<p>« 7. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou qui met à la consommation des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés relevant de la rubrique 3808 du tarif douanier dont la mise sur le marché est autorisée en application de la loi n° 525</p>	Alinéa modification	sans	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>II.- La taxe ne s'applique pas :</p>	<p>du 2 novembre 1943 relative à l'organisation du contrôle des produits antiparasitaires à usage agricole et dans la composition desquels entrent des substances classées dangereuses selon les critères définis par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail ;</p> <p>« 8.a. Tout exploitant d'un établissement industriel ou commercial ou d'un établissement public à caractère industriel et commercial dont certaines installations sont soumises à autorisation au titre de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée ;</p> <p>« b. Tout exploitant d'un établissement mentionné au a dont les activités, figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat après avis du Conseil supérieur des installations classées, font courir, par leur nature ou leur volume, des risques particuliers à l'environnement. » ;</p> <p>3° Le II est complété par un 3, un 4 et un 5 ainsi rédigés :</p> <p>« 3. Aux produits mentionnés au 6 du I du même article issus d'une opération de recyclage ou qui présentent une teneur sur produit sec d'au moins 97 % d'oxyde de silicium ;</p> <p>« 4. Aux préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de</p>	<p>Alinéa modification sans</p> <p>Alinéa modification sans</p> <p>Alinéa modification sans</p> <p>Alinéa modification sans</p> <p>Alinéa modification sans</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 266 <i>septies</i>.- Le fait générateur de la taxe mentionné à l'article 266 <i>sexies</i> est constitué par :</p>	<p>lavage, aux produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, aux grains minéraux naturels, aux produits antiparasitaires à usage agricole et aux produits assimilés mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I du même article lorsque la première livraison après fabrication nationale consiste en une expédition directe à destination d'un Etat membre de la Communauté européenne ou en une exportation ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« 5. A l'exploitation d'installations classées par les entreprises inscrites au répertoire des métiers. »</p>		
	<p>B. - L'article 266 <i>septies</i> est complété par un 5, un 6, un 7 et un 8 ainsi rédigés :</p>	<p>B. - Alinéa sans modification</p>	
	<p>« 5. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou la mise à la consommation des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge mentionnés au 5 du I de l'article 266 <i>sexies</i> ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« 6. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou la mise à la consommation des grains minéraux naturels</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 266 <i>octies</i>. - La taxe mentionnée à l'article 266 <i>sexies</i> est assise sur :</p> <p>.....</p>	<p>mentionnés au 6 du I de l'article 266 <i>sexies</i> ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« 7. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou la mise à la consommation des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés dans la composition desquels entrent des substances classées dangereuses mentionnés au 7 du I de l'article 266 <i>sexies</i> ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« 8.a. La délivrance de l'autorisation prévue par l'article 3 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« b. L'exploitation au cours d'une année civile d'un établissement mentionné au b du 8 du I de l'article 266 <i>sexies</i>. »</p>	<p>C. - Alinéa sans modification</p>	
	<p>C. - L'article 266 <i>octies</i> est complété par un 5, un 6 et un 7 ainsi rédigés :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« 5. Le poids des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge mentionnés au 5 du I de l'article 266 <i>sexies</i> ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« 6. Le poids des grains minéraux naturels mentionnés au 6 du I de l'article 266 <i>sexies</i> ;</p>	<p>Alinéa sans</p>	
	<p>« 7. Le poids des</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 266 <i>nonies</i>.- 1 Le montant de la taxe mentionnée à l'article 266 <i>sexies</i> est fixé comme suit :</p> <p>.....</p> <p><i>Cf. Tableau des quotités page 25 bis</i></p>	<p>substances classées dangereuses selon les critères définis par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés mentionnés au 7 du I de l'article 266 <i>sexies</i>. »</p> <p>D. - L'article 266 <i>nonies</i> est ainsi modifié :</p> <p>1° Le tableau figurant au I est ainsi rédigé :</p> <p><i>Cf. Tableau des quotités page 25 ter</i></p> <p>2° L'article est complété par un 7 et un 8 ainsi rédigés :</p> <p>« 7. Les substances classées dangereuses qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole et des produits assimilés mentionnés au 7 du I de l'article 266 <i>sexies</i> sont réparties en sept catégories affectées d'un taux unitaire spécifique en fonction de leurs caractéristiques écotoxicologiques et toxicologiques définies par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail :</p> <p><i>(Cf. Tableau des dangers toxicologiques page 26 bis)</i></p> <p>« 8. Le décret en Conseil d'Etat prévu au b du</p>	<p>modification</p> <p>D. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>Cf. Tableau modifié des quotités page 25 quater</i></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>(Tableau non modifié)</i></p> <p>Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>8 du I de l'article 266 <i>sexies</i> fixe un coefficient multiplicateur compris entre un et dix pour chacune des activités exercées dans les installations classées, en fonction de sa nature et de son volume. Le montant de la taxe effectivement perçue chaque année par établissement au titre de chacune de ces activités est égal au produit du tarif de base fixé dans le tableau figurant au 1 ci-dessus et du coefficient multiplicateur. »</p> <p>E. - L'article 266 <i>decies</i> est complété par un 3 ainsi rédigé :</p> <p>« 3. Les préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, les produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, les grains minéraux naturels, les produits antiparasitaires à usage agricole et les produits assimilés mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I de l'article 266 <i>sexies</i> donnent lieu, sur demande, à remboursement de la taxe afférente lorsqu'ils sont expédiés à destination d'un Etat membre de la Communauté européenne ou exportés.»</p> <p>F. - Il est créé un article 266 <i>terdecies</i> ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 266 <i>terdecies</i>.- Par dérogation aux dispositions des articles 266 <i>undecies</i> et 266 <i>duodecies</i>, les services chargés de l'inspection des installations</p>	<p>E. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>F. - Alinéa sans modification</p> <p>« Art. 266 <i>terdecies</i>.- Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>classées contrôlent, liquident et recouvrent la part de la taxe générale sur les activités polluantes assise sur la délivrance de l'autorisation prévue par l'article 3 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée et sur l'exploitation au cours d'une année civile d'un établissement mentionné au <i>b</i> du 8 du I de l'article 266 <i>sexies</i> selon les modalités suivantes :</p> <p>« I. - Au vu des renseignements transmis par le préfet, les services chargés de l'inspection des installations classées dressent la liste des redevables, fixent le montant de la taxe et, le cas échéant, des pénalités dues par chacun de ceux-ci et prescrivent l'exécution de la recette correspondante.</p> <p>« Ils notifient à l'assujetti le montant de la taxe et, le cas échéant, des pénalités à acquitter par un avis qui indique les dates de mise en recouvrement, d'exigibilité et d'application de l'intérêt de retard en cas de non-paiement.</p> <p>« La date d'exigibilité est fixée au dernier jour du deuxième mois suivant celui de la mise en recouvrement.</p> <p>« Le montant de la taxe non acquittée le 15 du mois qui suit celui au cours duquel la taxe est exigible est majoré d'un intérêt de retard dont le taux mensuel est fixé à 0,75 % du montant des sommes restant dues.</p> <p>« L'encaissement de</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>la taxe ainsi que, le cas échéant, des pénalités, est effectué par l'intermédiaire d'une régie de recettes fonctionnant dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux régies de recettes et aux régies d'avance des organismes publics.</p>	modification	
	<p>« A défaut de paiement et au plus tard deux mois après le 15 du mois qui suit celui au cours duquel la taxe est exigible, le recouvrement des sommes impayées est assuré dans les conditions prévues par la réglementation générale sur la comptabilité publique au vu des ordres de recettes émis par l'ordonnateur dont relève la régie de recettes mentionnée à l'alinéa précédent.</p>	Alinéa modification sans	
	<p>« II. - La taxe générale sur les activités polluantes assise sur l'exploitation d'un établissement mentionné au <i>b</i> du 8 du I de l'article 266 <i>sexies</i> est due au 1er janvier de chaque année, ou ultérieurement à la date de mise en fonctionnement de l'établissement ou éventuellement de l'exercice d'une nouvelle activité. La taxe est due dans tous les cas pour l'année entière. Son paiement incombe à la personne physique ou morale qui exploite l'établissement à cette date.</p>	II.- Alinéa modification sans	
	<p>« En cas de cessation d'activité ou de changement survenu dans un établissement de nature à</p>	Alinéa modification sans	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>modifier sa situation au regard de cette taxe, l'exploitant fait parvenir une déclaration au préfet dans un délai d'un mois à compter de cet événement.</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« Lorsque cette déclaration est inexacte ou n'est pas déposée dans ce délai, les services chargés de l'inspection des installations classées notifient aux assujettis, trente jours au moins avant l'émission du titre exécutoire, les éléments servant au calcul de la taxe.</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« En cas de défaut de déclaration dans le délai prescrit, les services mentionnés ci-dessus procèdent à la taxation d'office et l'assortissent de l'intérêt de retard et de la majoration prévus à l'article 1728 du code général des impôts.</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« En cas d'inexactitude de la déclaration, les rappels de taxe sont assortis de l'intérêt de retard et, le cas échéant, de la majoration prévus à l'article 1729 du code général des impôts.</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« Les majorations mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas du présent II sont notifiées, avec leur motivation, aux assujettis qui disposent d'un délai de trente jours pour présenter leurs observations. Les services mentionnés ci-dessus ne peuvent émettre le titre exécutoire qu'à l'expiration de ce délai. »</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Loi n° 76-663 du 16 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement</p>	<p>II. - L'article 17 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement est abrogé.</p>	<p>II. - Non modifié</p>	
<p>TITRE V Dispositions financières</p>			
<p>Art. 17. - I. - Les établissements industriels et commerciaux et les établissements publics à caractère industriel ou commercial, dont certaines installations sont classées, sont assujettis à une taxe unique perçue lors de toute autorisation au titre de la présente loi.</p>			
<p>En outre, une redevance annuelle est perçue sur ceux desdits établissements qui, en raison de la nature ou du volume de leurs activités, font courir des risques particuliers à l'environnement et requièrent de ce fait des contrôles approfondis et périodiques.</p>			
<p>II. - Le taux de la taxe unique est de 12 000 F pour les établissements dont une installation au moins est soumise à autorisation, de 2 400 F pour les artisans n'employant pas plus de deux salariés et de 5 780 F pour les autres entreprises inscrites au répertoire des métiers.</p>			
<p>Le montant de la taxe est majoré de 10 p 100 lorsque le paiement des sommes correspondantes n'est pas effectué dans les délais prescrits</p>			
<p>III. - Les</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>établissements visés au deuxième alinéa du paragraphe I ci-dessus sont ceux dans lesquels sont exercées une ou plusieurs des activités figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat, après avis du conseil supérieur des installations classées.</p>	<p>III. - Les dispositions des I et II sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2000.</p>	<p>III. - Non modifié</p>	<p>Art. 4 bis.</p>
<p>Le taux de base de ladite redevance est fixée à 1 800 F.</p>			
<p>Le décret prévu ci-dessus fixe, pour chacune des activités retenues en fonction de sa nature et de son importance, un coefficient multiplicateur compris entre 1 et 10. Le montant de la redevance effectivement perçue par établissement au titre de chacune de ces activités est égal au produit du taux de base et du coefficient multiplicateur.</p>			
<p>Les majorations et pénalités prévues aux quatrième et cinquième alinéas du paragraphe II ci-dessus s'appliquent à la redevance.</p>			
<p>IV. - Le recouvrement de la taxe unique et de la redevance est poursuivi comme en matière de contributions directes.</p>			
		<p>Art. 4 bis (nouveau).</p>	
		<p>Les jeunes agriculteurs bénéficient d'une exonération partielle des cotisations techniques et complémentaires d'assurance</p>	<p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
Code de la sécurité sociale	Art. 5. I. - L'article L. 139-1	<p>maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation. Cette exonération est applicable pendant les trois années civiles qui suivent celle au cours de laquelle ils bénéficient des prestations d'assurance maladie du régime des personnes non salariées agricoles et remplissent, en qualité de chef d'exploitation, des conditions, définies par décret, relatives à la taille économique maximale de leur exploitation. Pour bénéficier de l'exonération, ils doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus à la date de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles ; un décret détermine les dérogations qui peuvent être apportées à ces limites d'âge.</p> <p>Les cotisations visées à l'alinéa précédent sont réduites de 65 % au titre de la première année civile au cours de laquelle est accordée l'exonération, de 55 % au titre de la seconde et de 35 % au titre de la troisième. Le plafond de ces exonérations et le montant minimal de cotisations dont les jeunes agriculteurs sont redevables sont déterminés par décret.</p>	Art. 5. I. - L'article L. 139-2

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 139-1. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale reçoit et reverse aux régimes obligatoires d'assurance maladie une fraction fixée à 40 p 100 du produit du droit de consommation prévu 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>Art. L. 139-2. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions visée au III de l'article L 136-8 attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie et le produit des droits visé à l'article L 139-1 et les répartit comme suit :</p> <p>1° En fonction de la perte des cotisations d'assurance maladie induite pour chacun des régimes par les diminutions des taux de cotisation d'assurance maladie destinées à compenser pour les assujettis le relèvement du taux de la contribution sociale généralisée ;</p> <p>2° Pour la fraction restant après la répartition au</p>	<p>du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 139-1. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV de l'article L. 136-8 et la répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.</p>	<p>modification</p> <p>« Art. L. 139-1. - Alinéa sans modification</p>	<p>du ...</p> <p>... rédigé :</p> <p>« Art. L. 139-1. - Supprimé</p> <p>« Art. L. 139-2. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part des contributions attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV de l'article L. 136-8 et la répartit selon la clef suivante :</p> <p>« - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés 87,000 %</p> <p>« - Régime des salariés agricoles 2,290 %</p> <p>« - Caisse nationale militaire de sécurité sociale 1,540 %</p> <p>« - Régime des exploitants agricole</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>1° :</p> <p>a) En priorité au régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, dans la limite de son déficit comptable ;</p> <p>b) Puis, le cas échéant avant affectation de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés, au prorata du déficit comptable des autres régimes obligatoires d'assurance maladie.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, notamment celles des diminutions des taux de cotisation d'assurance maladie mentionnés au 1° qui sont prises en compte pour le calcul de la perte de cotisations d'assurance maladie supportée par chacun des régimes. Un arrêté pris après avis des régimes obligatoires d'assurance maladie fixe la répartition de la part des produits visés au premier alinéa du présent article entre lesdits régimes.</p>	<p>« Chaque régime</p>	<p>« Chaque ...</p>	<p>1,818 %</p> <p>« - Caisse autonome d'assurance maladie des professions indépendantes 5,370 %</p> <p>« - Autres régimes d'assurance maladie 1,982 %</p> <p>« Les montants des contributions attribuées aux régimes d'assurance maladie sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants de régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale.</p> <p>« La commission de répartition dresse chaque année un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle transmet à la commission des comptes de la sécurité sociale. »</p> <p>II. - Les dispositions du présent article sont applicables à compter de la répartition effectuée au titre de l'année 2000.</p> <p>Alinéa supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>d'assurance maladie, à l'exception de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, reçoit un montant égal à celui perçu en 1998 au titre de la répartition tant de ces contributions que des droits de consommation sur les alcools corrigé de l'impact sur douze mois de la revalorisation du taux de la contribution sociale généralisée intervenue au 1^{er} janvier 1998. Ce montant est réactualisé chaque année en fonction de l'évolution de l'assiette de la contribution visée à l'article L. 136-1 entre les deux derniers exercices clos.</p>	<p>... réactualisé au 1^{er} janvier de chaque année ...</p>	
	<p>« Ces montants et les modalités de leur versement sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.</p>	<p>... clos. Alinéa sans modification</p>	<i>Alinéa supprimé</i>
	<p>« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reçoit le solde de la contribution sociale généralisée après la répartition prévue au deuxième alinéa du présent article.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<i>Alinéa supprimé</i>
	<p>« La commission de répartition dresse, au terme d'un délai de cinq ans, un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<i>Alinéa supprimé</i>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 241-2. - Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :</p>	<p>présente au Parlement et propose, le cas échéant, une modification des modalités de calcul des montants versés à chaque régime. »</p>	<p>II. - A l'avant dernier alinéa de l'article « 45 % ».</p>	<p>II. - <i>Supprimé</i></p>
<p>2° Une fraction fixée à 5 % 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>II. - Au 2° de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 5 % » est remplacé par le taux : « 45 % ».</p>	<p>III. - Alinéa sans modification</p>	<p>III. - <i>Supprimé</i></p>
<p>Art. L. 139-2. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions visée au III de l'article L. 136-8 attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie et le produit des droits visé à l'article L. 139-1 et les répartit comme suit : 1° En fonction de la perte des cotisations</p>	<p>1° L'article L. 139-2 est abrogé ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>d'assurance maladie induite pour chacun des régimes par les diminutions des taux de cotisation d'assurance maladie destinées à compenser pour les assujettis le relèvement du taux de la contribution sociale généralisée ;</p> <p>2° Pour la fraction restant après la répartition au 1° :</p> <p>a) En priorité au régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, dans la limite de son déficit comptable ;</p> <p>b) Puis, le cas échéant avant affectation de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés, au prorata du déficit comptable des autres régimes obligatoires d'assurance maladie.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, notamment celles des diminutions des taux de cotisation d'assurance maladie mentionnés au 1° qui sont prises en compte pour le calcul de la perte de cotisations d'assurance maladie supportée par chacun des régimes. Un arrêté pris après avis des régimes obligatoires d'assurance maladie fixe la répartition de la part des produits visés au premier alinéa du présent article entre lesdits régimes.</p>			
<p>SOUS-SECTION 1 DE LA SECTION 1 DU CHAPITRE PREMIER DU TITRE IV DU LIVRE II Assurances maladie, maternité, invalidité et</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">décès</p> <p>Art. L. 241-1.- Les ressources des gestions mentionnées à l'article L. 221-1 du présent code sont constituées, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, par des cotisations proportionnelles aux rémunérations ou gains perçus par les assurés, par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1, et une fraction du produit des droits visé à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2, et par le produit de la cotisation visée à l'article L. 213-1 du code des assurances.</p> <p style="text-align: center;">LIVRE VI Régimes des travailleurs non salariés TITRE PREMIER Assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. CHAPITRE 2 Financement SECTION 1 Généralités</p> <p>Art. L. 612-1.- Les charges entraînées par l'application du présent titre sont couvertes par :</p> <p>.....</p> <p>6°) une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6,</p>	<p style="text-align: center;">2° A l'article L. 241-1, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés ;</p> <p style="text-align: center;">3° Au 6° de l'article</p>	<p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">3° Au dernier alinéa</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>L. 136-7, L. 136-7-1, et une fraction du produit des droits visé à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2.</p> <p>Art. L. 711-2. - Les ressources des assurances maladie et maternité garantissant les personnes assujetties à l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 ci-dessus sont notamment constituées par des cotisations à la charge des assurés, précomptées et calculées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :</p> <p>.....</p> <p>Ces ressources sont également constituées 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 une fraction du produit des droits visé à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2.</p>	<p>L. 612-1, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés ;</p> <p>4° Au dernier alinéa de l'article L. 711-2, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés.</p>	<p>de l'article ...</p> <p>... supprimés ;</p> <p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Code rural</p> <p>LIVRE VII</p> <p>Dispositions sociales</p> <p>TITRE II</p> <p>Mutualité sociale agricole</p> <p>CHAPITRE II</p> <p>Assurances sociales</p> <p>SECTION 2</p> <p>Cotisations</p> <p>Art. 1031. - Les ressources des assurances sociales agricoles sont constituées par des</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>cotisations à la charge des employeurs et des assurés, assises sur les rémunérations perçues par ces derniers, ainsi que, en ce qui concerne les assurances maladie, maternité, invalidité et décès par des contributions à la charge des seuls assurés, assises sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article 6 de la loi n° 82-1 du 4 janvier 1982, ainsi que sur les avantages de retraite financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur ou ayant donné lieu à rachat de cotisations, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Elles sont également constituées par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, et par une fraction du produit des droits visé à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 du même code.</p> <p>CHAPITRE III-1 Assurances maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées SECTION 3 Financement</p> <p>Art. 1106-6-3. - Les ressources des assurances maladie, maternité et invalidité garantissant les personnes visées du 1° au 5° du I de l'article 1106-1 sont notamment constituées par une fraction du produit des</p>	<p>IV. - Le code rural est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa de l'article 1031, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 du même code » sont supprimés ;</p>	<p>IV. - Non modifié</p>	<p>IV. - <i>Supprimé</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, et une fraction du produit des droits visé à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 de ce code.</p>	<p>2° A l'article 1106-6-3, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 de ce code » sont supprimés.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>V. - Les dispositions du présent article sont applicables à compter de la répartition effectuée au titre de l'année 2000.</p>	<p>V. - Alinéa sans modification</p>	<p>V. - <i>Supprimé</i></p>
		<p>Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, le montant des contributions dues au titre de l'exercice 2000 est déterminé par la double application aux montants fixés pour 1998 du taux d'évolution de l'assiette annuelle de la contribution entre 1998 et 1997.</p>	
<p>CHAPITRE 6 DU TITRE III DU LIVRE PREMIER Contribution sociale généralisée SECTION 3 De la contribution sociale sur les produits de placement</p>			
<p>Art. L. 651-9. - Un décret fixe les conditions d'application des articles L. 651-1 à L. 651-8. Il détermine en particulier les modalités de recouvrement de la contribution et les majorations de retard.</p>		<p>Art. 5 bis (nouveau).</p> <p>I. - L'article L. 651-9 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>	<p>Art. 5 bis.</p> <p>Sans modification</p>
		<p>« Ces majorations de retard peuvent faire l'objet d'une remise totale ou partielle décidée par le directeur de l'organisme visé</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
		<p>à l'article L. 651-4. Ces décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale qui statuent en dernier ressort. »</p> <p>II. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux demandes de remises de majorations postérieures au 1^{er} janvier 2000.</p> <p>III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.</p>	<p><i>Art. additionnel avant l'Article 6.</i></p> <p><i>Après l'article L. 225-6, il est inséré, dans le titre II du livre II du code de la sécurité sociale un chapitre V bis ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Chapitre V bis</i></p> <p><i>« Affectation des résultats comptables des branches du régime général</i></p> <p><i>« Art. L. 225-7. - Chaque branche du régime général dispose d'une section comptable distincte de celle de ses opérations courantes.</i></p> <p><i>« Après la clôture de l'exercice, le résultat comptable de la branche est imputé sur cette section comptable.</i></p> <p><i>« Ce placement des sommes inscrites à cette section comptable est effectué par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans le respect de la séparation des</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission																																																
	<p style="text-align: center;">Art. 6.</p> <p>Pour 2000, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :</p> <p style="text-align: center;"><i>(En milliards de francs)</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Cotisations effectives</td> <td style="text-align: right;">1 106,6</td> </tr> <tr> <td>Cotisations fictives</td> <td style="text-align: right;">201,5</td> </tr> <tr> <td>Contributions publiques</td> <td style="text-align: right;">62,8</td> </tr> <tr> <td>Impôts et taxes affectés</td> <td style="text-align: right;">461,8</td> </tr> <tr> <td>Transferts reçus</td> <td style="text-align: right;">4,7</td> </tr> <tr> <td>Revenus des capitaux</td> <td style="text-align: right;">1,7</td> </tr> <tr> <td>Autres ressources</td> <td style="text-align: right;">34,1</td> </tr> <tr> <td>Total des recettes</td> <td style="text-align: right;">1 873,2</td> </tr> </table>	Cotisations effectives	1 106,6	Cotisations fictives	201,5	Contributions publiques	62,8	Impôts et taxes affectés	461,8	Transferts reçus	4,7	Revenus des capitaux	1,7	Autres ressources	34,1	Total des recettes	1 873,2	<p style="text-align: center;">Art. 6.</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;"><i>(En milliards de francs)</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Cotisations effectives</td> <td style="text-align: right;">1 043,0</td> </tr> <tr> <td>Cotisations fictives</td> <td style="text-align: right;">201,5</td> </tr> <tr> <td>Contributions publiques</td> <td style="text-align: right;">67,1</td> </tr> <tr> <td>Impôts et taxes affectés</td> <td style="text-align: right;">515,6</td> </tr> <tr> <td>Transferts reçus</td> <td style="text-align: right;">4,7</td> </tr> <tr> <td>Revenus des capitaux</td> <td style="text-align: right;">1,7</td> </tr> <tr> <td>Autres ressources</td> <td style="text-align: right;">34,1</td> </tr> <tr> <td>Total des recettes</td> <td style="text-align: right;">1 867,7</td> </tr> </table>	Cotisations effectives	1 043,0	Cotisations fictives	201,5	Contributions publiques	67,1	Impôts et taxes affectés	515,6	Transferts reçus	4,7	Revenus des capitaux	1,7	Autres ressources	34,1	Total des recettes	1 867,7	<p style="text-align: center;">Art. 6.</p> <p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;"><i>(En milliards de francs)</i></p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Cotisations effectives</td> <td style="text-align: right;">1.086,8</td> </tr> <tr> <td>Cotisations fictives</td> <td style="text-align: right;">201,5</td> </tr> <tr> <td>Contributions publiques</td> <td style="text-align: right;">62,8</td> </tr> <tr> <td>Impôts et taxes affectés</td> <td style="text-align: right;">461,6</td> </tr> <tr> <td>Transferts reçus</td> <td style="text-align: right;">4,7</td> </tr> <tr> <td>Revenus des capitaux</td> <td style="text-align: right;">1,7</td> </tr> <tr> <td>Autres ressources</td> <td style="text-align: right;">34,1</td> </tr> <tr> <td>Total des recettes</td> <td style="text-align: right;">1.853,2</td> </tr> </table>	Cotisations effectives	1.086,8	Cotisations fictives	201,5	Contributions publiques	62,8	Impôts et taxes affectés	461,6	Transferts reçus	4,7	Revenus des capitaux	1,7	Autres ressources	34,1	Total des recettes	1.853,2
Cotisations effectives	1 106,6																																																		
Cotisations fictives	201,5																																																		
Contributions publiques	62,8																																																		
Impôts et taxes affectés	461,8																																																		
Transferts reçus	4,7																																																		
Revenus des capitaux	1,7																																																		
Autres ressources	34,1																																																		
Total des recettes	1 873,2																																																		
Cotisations effectives	1 043,0																																																		
Cotisations fictives	201,5																																																		
Contributions publiques	67,1																																																		
Impôts et taxes affectés	515,6																																																		
Transferts reçus	4,7																																																		
Revenus des capitaux	1,7																																																		
Autres ressources	34,1																																																		
Total des recettes	1 867,7																																																		
Cotisations effectives	1.086,8																																																		
Cotisations fictives	201,5																																																		
Contributions publiques	62,8																																																		
Impôts et taxes affectés	461,6																																																		
Transferts reçus	4,7																																																		
Revenus des capitaux	1,7																																																		
Autres ressources	34,1																																																		
Total des recettes	1.853,2																																																		
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p style="text-align: center;">LIVRE V Prestations familiales et prestations assimilées.</p> <p style="text-align: center;">TITRE V Dispositions communes CHAPITRE PREMIER Etablissement du salaire de base</p> <p style="text-align: center;">Art. L. 551-1. - Le montant des prestations</p>	<p style="text-align: center;">TITRE III</p> <p style="text-align: center;">DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE Section 1</p> <p style="text-align: center;">Branche famille</p> <p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p style="text-align: center;">I. - L'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p style="text-align: center;">« Art. L. 551-1. - Le montant des prestations</p>	<p style="text-align: center;">TITRE III</p> <p style="text-align: center;">DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE Section 1</p> <p style="text-align: center;">Branche famille</p> <p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p style="text-align: center;">Sans modification</p>	<p style="text-align: center;">TITRE III</p> <p style="text-align: center;">DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE Section 1</p> <p style="text-align: center;">Branche famille</p> <p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p style="text-align: center;">Sans modification</p>																																																

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>familiales est déterminé d'après des bases mensuelles de calcul fixées par décret, deux ou plusieurs fois par an, de façon à compenser totalement ou partiellement la charge que le ou les enfants représentent pour la famille.</p>	<p>familiales est déterminé d'après des bases mensuelles de calcul revalorisées par décret, une ou plusieurs fois par an, conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour l'année civile à venir.</p>		
<p>Ces bases mensuelles de calcul évoluent en fonction de l'augmentation des prix et de la participation des familles aux progrès de l'économie. Elles peuvent aussi évoluer en fonction de la progression générale des salaires moyens ou du salaire minimum interprofessionnel de croissance.</p>	<p>« Si l'évolution constatée des prix à la consommation hors tabac est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement destiné à assurer, pour l'année civile suivante, une évolution des bases mensuelles conforme à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. »</p>		
	<p>II. - Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2000.</p>		
	<p>Pour l'année 2000, il est fait application du mécanisme d'ajustement découlant du deuxième alinéa de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale au titre de l'évolution constatée en moyenne annuelle de l'indice des prix hors tabac de l'année 1999. Le montant des bases mensuelles issu de ce calcul est majoré, à titre exceptionnel, de 0,3 %.</p>		
<p>CHAPITRE 2 Champ d'application</p>	<p>Art. 8.</p>	<p>Art. 8.</p>	<p>Art. 8.</p>
<p>Art. L. 512-3. - Sous réserve des règles particulières à chaque prestation, ouvre droit aux prestations familiales :</p>	<p>I. - L'article L. 512-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Sans modification</p>	<p>I. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>.....</p> <p>3°) tout enfant d'âge inférieur à un âge limite, et dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2°, à condition qu'il poursuive des études, ou qu'il soit placé en apprentissage ou en stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du travail, ou qu'il ait droit à l'allocation d'éducation spéciale ou se trouve, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité constatée de se livrer à une activité professionnelle.</p> <p>.....</p>	<p>1° Le 3° est abrogé ;</p> <p>2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Toutefois, pour l'attribution du complément familial et de l'allocation de logement mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 511-1 et à l'article L. 755-21, l'âge limite peut être différent de celui mentionné au 2° du présent article. »</p> <p>II. - Les dispositions du 2° du I sont applicables, à compter du 1er janvier 2000, au titre des enfants nés à compter du 1er janvier 1980.</p>		<p>II. - Non modifié</p>
<p>Loi n° 94-629 du 25 Juillet 1994 relative à la famille</p> <p>TITRE IV</p> <p>Mesures en faveur des familles ayant de jeunes adultes à charge et du logement</p> <p>Art. 22. - I Au plus tard le 31 décembre 1999, les limites d'âge d'ouverture du droit aux prestations</p>	<p>III. - L'article 22 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille est abrogé au 31 décembre 1999.</p>		<p>III. - L'article 22 de la loi n 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille est <i>ainsi modifié</i> :</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>familiales mentionnées à l'article L. 512-3 du code de la sécurité sociale sont relevées dans les conditions suivantes :</p> <p>1° Est relevé, par priorité, l'âge limite visé au 2° de cet article ;</p> <p>2° L'âge limite visé au 3° de cet article est relevé successivement pour le droit :</p> <p>a) A l'allocation de logement familiale visée aux articles L. 542-1 et L. 755-21 du code de la sécurité sociale et à l'aide personnalisée au logement visée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ;</p> <p>b) A l'allocation d'éducation spéciale, sur demande conjointe de l'intéressé et de la personne dont il est à charge ;</p> <p>c) A l'allocation de soutien familial et à l'allocation de parent isolé ;</p> <p>d) Au complément familial visé à l'article L. 522-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>e) Aux allocations familiales et à leurs majorations pour âge visées aux articles L. 521-1, L. 521-3 et L. 755-11 du code de la sécurité sociale dues aux familles ayant au moins trois enfants à charge ;</p> <p>f) Aux allocations familiales et à leurs majorations pour âge visées aux articles L. 521-1, L. 521-3, L. 755-11 et L. 755-12 du code de la sécurité sociale dues aux familles ayant moins de trois enfants à charge</p>			<p><i>1° Dans le premier alinéa du I et à la fin du II, la date : « 31 décembre 1999 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2002 ».</i></p>
II.- Il est procédé aux			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>relèvements des limites d'âge d'ouverture du droit aux prestations familiales prévus au I ainsi qu'à des mesures améliorant les conditions d'accès au logement des familles, après constatation d'un excédent de ressources disponibles des régimes de prestations familiales pour l'exercice précédent jusqu'au 31 décembre 1998. Toutefois, le relèvement des limites d'âge prévu au I doit être effectué avant le 31 décembre 1999.</p>			
<p>III.- Par dérogation aux dispositions des I et II ci-dessus, dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 du code de la sécurité sociale, est relevé, à compter du 1er avril 1995, pour le droit à l'allocation de logement familiale mentionnée à l'article L. 755-21 dudit code, l'âge limite visé respectivement aux 2° et 3° de l'article L. 512-3 du même code.</p>			
<p>Code de la sécurité sociale.</p>			
<p>Art. L. 755-21. - L'allocation de logement est attribuée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 aux personnes comprises dans le champ d'application des 3°, 4° et 5° de l'article L. 542-1, de l'article 1142-12 du code rural et aux personnes qui ont au moins un enfant à charge au sens de l'article L. 512-3</p>			
<p>.....</p>	<p>IV. - A l'article L. 755-21 du code de la sécurité sociale, il est inséré, après le premier alinéa, un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Un décret fixe l'âge limite pour l'ouverture du</p>		<p>2° A la fin de la première phrase du II, la date : « 31 décembre 1998 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2001 ».</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>droit à cette allocation pour tout enfant dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3 à condition qu'il poursuive des études, ou qu'il soit placé en apprentissage ou en stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du travail, ou qu'il se trouve, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité constatée de se livrer à une activité professionnelle. »</p> <p>Art. 9.</p> <p>La Caisse nationale des allocations familiales bénéficie d'une garantie de ressources pour la période courant du 1er janvier 1998 au 31 décembre 2002.</p> <p>Les ressources de la Caisse nationale des allocations familiales perçues au titre de l'année 2002 ne seront pas inférieures aux ressources de cette caisse pour l'année 1997 revalorisées, déduction faite de la subvention versée par l'Etat au titre de la majoration d'allocation de rentrée scolaire et d'un montant équivalent aux ressources transférées en 2000 à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en vertu de l'article 10 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.</p> <p>Dans le cas contraire, constaté à l'issue de la</p>	<p>Art. 9.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 9.</p> <p>La Caisse nationale ...</p> <p>... du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2003.</p> <p>Les ressources ...</p> <p>... l'année 2003 ne seront pas ...</p> <p>... pour l'année 1998 revalorisées, ...</p> <p>... universelle.</p> <p>Dans le cas ...</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>TITRE V DU LIVRE II Régime financier CHAPITRE 1^{ER} Gestion des risques et fonds SECTION 2 Assurance vieillesse et assurance veuvage</p>	<p>période mentionnée au premier alinéa par la Commission des comptes de la sécurité sociale, un versement à la Caisse nationale des allocations familiales permet, dans les conditions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale, de combler la différence observée.</p> <p>La revalorisation mentionnée au deuxième alinéa est égale à l'évolution du produit intérieur brut en valeur aux prix courants sur l'ensemble de la période visée au premier alinéa, mentionnée dans le rapport sur les comptes de la Nation.</p> <p>Section 2</p> <p>Branche vieillesse</p> <p>Art. 10.</p> <p>I. - A la section 2 du chapitre Ier du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 251-6-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 251-6-1.- La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés affecte au fonds de réserve pour les retraites mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 :</p> <p>« 1° Le résultat excédentaire de l'exercice clos de chacun des fonds dont elle a la gestion, à l'exception de celui du régime spécial mentionné à l'article L. 715-1 ; un arrêté</p>	<p>Section 2</p> <p>Branche vieillesse</p> <p>Art. 10.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 251-6-1. - Non modifié</p>	<p>... un versement de l'Etat à la Caisse nationale ...</p> <p>... par les lois de finances et de financement ...</p> <p>... observée.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Section 2</p> <p>Branche vieillesse</p> <p>Art. 10.</p> <p>Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>CHAPITRE 5 DU TITRE III DU LIVRE 1^{ER} Fonds de solidarité vieillesse SECTION 2 Fonds de réserve</p>	<p>conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe chaque année la date de ce versement ;</p> <p>« 2° Le cas échéant, en cours d'exercice, un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice tel que présenté par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre de ce même exercice ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser ainsi que les dates de versement. »</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 135-6. - Les recettes du fonds affectées aux missions définies au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 sont constituées par :</p>	<p>I. - L'article L. 135-6 du même code est ainsi modifié :</p>		
<p>..... 3° Toute ressource affectée au fonds de réserve en vertu de dispositions législatives.</p>	<p>1° Le 3° devient le 4° ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>2° Il est inséré un 3° ainsi rédigé :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« 3° Les montants résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 ; ».</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
		<p>3° (<i>nouveau</i>) Il est inséré un 3° <i>bis</i> ainsi rédigé :</p>	
		<p>« 3° <i>bis</i> Une fraction égale à 49 % du produit des</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 351-11. - Un arrêté interministériel fixe :</p> <p>1° Le coefficient de majoration applicable aux salaires et aux cotisations servant de base au calcul des pensions ou rentes ;</p>	<p>III. - Les dispositions du présent article s'appliquent à compter de l'exercice comptable 1999.</p> <p>Art. 11.</p> <p>L'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 351-11. - Au titre de l'année 2000, le coefficient de revalorisation applicable au 1er janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 1,005. »</p>	<p>prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16 ; ».</p> <p>III. - Non modifié</p> <p>IV. (<i>nouveau</i>).- Le II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« II. - Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :</p> <p>« - 49 % au fonds mentionné à l'article L. 135-6 ;</p> <p>« - 8 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;</p> <p>« - 30 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;</p> <p>« - 13 % à la Caisse nationale des allocations familiales. »</p>	<p>Art. 11.</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>assurés exerçant une activité non-salariée, à la cessation définitive de cette activité.</p> <p>Les dispositions du présent article sont applicables jusqu'au 31 décembre 1999.</p> <p>Art. L. 634-6. - Le service d'une pension de vieillesse prenant effet postérieurement au 30 juin 1984 , liquidée au titre des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, est subordonné, jusqu'au 31 décembre 1999, à la cessation définitive de l'activité non salariée ou, pour les assurés exerçant une activité salariée, à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur.</p>	<p>L. 353-1 du code rural et à l'article 14 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, la date : « 31 décembre 1999 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2000 ».</p>		
<p>Loi n° 87-563 du 17 Juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon TITRE IER Assurance vieillesse de base</p> <p>Art. 14. - Le service d'une pension de vieillesse prenant effet postérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi est subordonné à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur ou, pour les assurés exerçant une activité non salariée, à la cessation</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>_____</p> <p>définitive de cette activité.</p> <p>Les dispositions du présent article sont applicables jusqu'au 31 décembre 1999.</p>	<p>_____</p> <p>Art. 13.</p> <p>Un prélèvement est effectué sur le fonds de réserve et de compensation, prévu à l'article R. 642-4 du code de la sécurité sociale, au profit du régime obligatoire géré dans le cadre de l'article L. 644-1 du même code par la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse, pour financer l'opération d'intégration dans ladite caisse de la Caisse autonome de retraite des géomètres-experts, experts agricoles et fonciers.</p> <p>Le montant de ce prélèvement, qui ne peut excéder le tiers des ressources disponibles au 31 décembre 1999 du fonds mentionné au précédent alinéa, est fixé par le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.</p>	<p>_____</p> <p>Art. 13.</p> <p>Sans modification</p> <p>Art. 13 bis (nouveau).</p> <p>Pour les périodes d'activité antérieures au 1^{er} janvier 1973 accomplies dans les régimes d'assurance vieillesse de base des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales, les intéressés peuvent effectuer un versement de</p>	<p>_____</p> <p>Art. 13.</p> <p>Sans modification</p> <p>Art. 13 bis.</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la santé publique</p> <p>Art. L. 355-23.- Dans chaque département, le représentant de l'Etat désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés.</p> <p>.....</p>	<p>Section 3</p> <p>Branche maladie</p> <p>Art. 14.</p> <p>I. - Le troisième alinéa de l'article L. 355-23 du code de la santé publique est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>cotisations arriérées, dès lors qu'ils sont à jour, à la date dudit versement, du paiement des cotisations échues depuis le 1^{er} janvier 1973 dans les régimes obligatoires d'assurance vieillesse et invalidité-décès de ces professions.</p> <p>Le montant au 1^{er} avril 1972 des cotisations faisant l'objet de cette régularisation de cotisations est revalorisé par application des coefficients dont ont été affectées les valeurs des points de retraite entre cette date et la date à laquelle est effectué le versement.</p> <p>La demande de régularisation doit porter sur l'intégralité des cotisations dues ; elle doit être présentée dans l'année suivant l'entrée en vigueur du décret en Conseil d'Etat qui fixera les conditions d'application du présent article.</p> <p>Section 3</p> <p>Branche maladie</p> <p>Art. 14.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>La demande ...</p> <p>... dans <i>les deux années</i> suivant ...</p> <p>... présent article.</p> <p>Section 3</p> <p>Branche maladie</p> <p>Art. 14.</p> <p>Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article, ainsi que les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes aux missions énoncées aux premier et deuxième alinéas sont prises en charge par l'Etat et les organismes d'assurance maladie.</p>	<p>« Les dépenses afférentes aux missions énoncées dans le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.</p>		
	<p>« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »</p>		
<p>TITRE VII DU LIVRE 1^{ER} Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes CHAPITRE 4 Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements</p>	<p>II. - Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 9 intitulée : « Dépenses relatives aux prestations dispensées dans des consultations à vocation préventive » qui comprend l'article L. 174-16 ainsi rédigé :</p>		
	<p>« <i>Art. L. 174-16.</i> - I. - Les dépenses des consultations de dépistage anonymes et gratuites prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et réalisées dans les établissements de santé soumis au régime de financement institué à l'article L. 174-1 sont incluses dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Loi n° 67-1176 du 28 Décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique</p>	<p>par l'article L. 174-1.</p> <p>« La répartition des sommes versées aux établissements au titre de l'alinéa précédent est effectuée chaque année suivant la répartition de la dotation globale hospitalière pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 174-2.</p> <p>« Ces dépenses sont incluses dans l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements prévu à l'article L. 174-1-1.</p> <p>« II. - Les dépenses des consultations de dépistage prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et effectuées dans des structures autres que celles mentionnées au I sont prises en charge par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.</p> <p>« Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret. »</p>	<p>III. - L'article 6 <i>bis</i> de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p>	
<p>Art. 6 <i>bis</i>. - Sans préjudice des dispositions du titre II du livre III du code de la santé publique, les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent, dans le cadre de</p>	<p>« Art. 6 <i>bis</i>. - Sans préjudice des dispositions du titre II du livre III du code de la santé publique, les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent, dans le cadre de</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent, à titre gratuit et de manière anonyme, le dépistage et le traitement de ces maladies en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie versées par un régime légal ou réglementaire. Un décret pris après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France fixe les modalités d'application du présent article. Ce même décret fixe également les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage et à ce traitement sont prises en charge par l'Etat et les organismes d'assurance maladie.</p>	<p>leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent de manière anonyme le dépistage et le traitement de ces maladies. Ils interviennent à titre gratuit en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime. Dans ces cas, les dépenses relatives au dépistage et au traitement sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie et à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements. Un décret pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France fixe les modalités d'application du présent article. Ce décret fixe également les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage et à ce traitement sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie sur la base des tarifs déterminés dans les conditions prévues au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. »</p>		
	IV. - Les dispositions		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—————</p> <p>Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses</p> <p>Art. 1^{er}.- Le livre III du code de la santé publique est complété ainsi qu'il suit : Titre VII.- Lutte contre la toxicomanie.</p>	<p style="text-align: center;">—————</p> <p>du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000.</p> <p style="text-align: center;">Art. 15.</p> <p>I. - L'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses est ainsi rédigé :</p>	<p style="text-align: center;">—————</p> <p style="text-align: center;">Art. 15.</p> <p style="text-align: center;">Sans modification</p>	<p style="text-align: center;">—————</p> <p style="text-align: center;">Art. 15.</p> <p style="text-align: center;"><i>Supprimé</i></p>
<p>Art. 3. - Les dépenses de prévention résultant de l'application de l'article 1^{er} ainsi que les dépenses d'hospitalisation et de soins des personnes visées au chapitre III dudit article, sont à la charge de l'Etat.</p>	<p style="text-align: center;">« Art. 3. - Les dépenses de prévention résultant du titre VI du livre III du code de la santé publique, ainsi que les dépenses de soins des personnes mentionnées à l'article L. 355-21 de ce code, sont à la charge de l'Etat.</p> <p style="text-align: center;">« Toutefois, lorsque la cure de désintoxication est réalisée avec hébergement dans un établissement de santé, les dépenses afférentes à la cure sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
Code de la santé publique	la sécurité sociale. »		
Art. L. 628-5. - La cure de désintoxication prévue par les articles L. 628-2 et L. 628-3 sera subie soit dans un établissement spécialisé, soit sous surveillance médicale. L'autorité judiciaire sera informée de son déroulement et de ses résultats par le médecin responsable. Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions dans lesquelles la cure sera exécutée.	II. - Le second alinéa de l'article L. 628-5 du code de la santé publique est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :		
Les dépenses d'aménagement des établissements de cure ainsi que les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale entraînés par l'application des articles L. 628-1 à L. 628-3 seront pris en charge par l'Etat. Le décret visé ci-dessus fixera les modalités d'application de cette disposition.	« Les dépenses d'aménagement des établissements de cure ainsi que les dépenses de soins entraînés par l'application des articles L. 628-1 à L. 628-3 sont prises en charge par l'Etat.		
	« Toutefois, lorsque la cure de désintoxication est réalisée avec hébergement dans un établissement de santé, les dépenses afférentes à la cure sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>CHAPITRE IV DU TITRE VII DU LIVRE IER</p>	<p>la sécurité sociale.</p> <p>« Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application des dispositions des deux alinéas précédents. »</p> <p>III. - Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est créé une section 10 ainsi rédigée :</p> <p>« <i>Section 10</i></p> <p>« <i>Dépenses afférentes aux cures de désintoxication</i></p> <p>« <i>Art. L. 174-17.</i> - Dans les établissements de santé régis par l'article L. 174-1, les dépenses liées à une cure de désintoxication réalisées avec hébergement et prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses et de l'article L. 628-5 du code de la santé publique sont incluses dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues par l'article L. 174-1.</p> <p>« La répartition des sommes versées aux établissements au titre du précédent alinéa est effectuée chaque année suivant la répartition de la dotation globale hospitalière pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la santé publique. Livre VII Etablissements de santé, thermo-climatisme, laboratoires</p>	<p>de l'article L. 174-2.</p> <p>« Les dépenses mentionnées au premier alinéa sont incluses dans l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements prévu à l'article L. 174-1-1. »</p>		
	<p>IV. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000.</p>		
	<p>Art. 16.</p>	<p>Art. 16.</p>	<p>Art. 16.</p>
	<p>I. - Le livre VII du code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>I - Alinéa sans modification</p>
	<p>1° L'intitulé du livre VII est ainsi rédigé : « Etablissements de santé, thermo-climatisme, laboratoires et centres de santé » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>2° Il est ajouté un titre IV ainsi rédigé :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>
	<p>« <i>TITRE IV</i></p>	<p>Division et intitulé</p>	<p>Division et intitulé</p>
	<p>« <i>CENTRES DE SANTÉ</i></p>	<p>sans modification</p>	<p>sans modification</p>
	<p>« Art. L. 765 -I. - Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé.</p>	<p>« Art. L. 765 -I. - Les centressanté et à des actions sociales.</p>	<p>« Art. L. 765-1 - Alinéa sans modification</p>
	<p>« Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé mentionnés au titre Ier du présent livre, soit par des</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>« Ils ...</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>TITRE VI DU LIVRE 1^{ER} Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales CHAPITRE 2 Dispositions générales relatives aux soins SECTION 7 Tarification des soins et agrément des appareils</p> <p>Art. L. 162-32. - Lorsque les soins sont délivrés par un centre de santé agréé et ayant passé avec la caisse primaire d'assurance maladie une convention conforme à une convention type fixée par décret, les tarifs d'honoraires applicables sont ceux fixés pour chacune des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux dans les conditions prévues par les dispositions des sections 1 et 2 du présent chapitre. A défaut de convention conclue entre la caisse primaire et le centre de santé, les conventions ou tarifs mentionnés aux articles</p>	<p>collectivités territoriales. Ils sont soumis à l'agrément de l'autorité administrative, dans des conditions prévues à l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale. »</p> <p>II. - La section 7 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :</p> <p>« Section 7</p> <p>« Centres de santé</p> <p>« Art. L. 162-32. - L'agrément des centres de santé prévu à l'article L. 765-1 du code de la santé publique est délivré par l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité.</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art. L. 162-32. - Alinéa sans modification</p>	<p>... soumis, dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionnent dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. Seuls les centres de santé agréés peuvent dispenser des soins aux assurés sociaux. »</p> <p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art. L. 162-32. - Alinéa supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>susvisés s'appliquent de plein droit dans des conditions fixées par décret. L'agrément est délivré par l'autorité administrative dans des conditions fixées par décret, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces établissements fonctionneront dans des conditions conformes aux prescriptions techniques déterminées par voie réglementaire.</p>			
<p>Les caisses primaires d'assurance maladie versent, dans des conditions fixées par décret, une subvention égale à une partie des cotisations dues par les centres de santé en application de l'article L. 241-1 pour les personnels qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux mentionnés au premier alinéa. Lorsque le personnel des centres de soins infirmiers est affilié aux assurances sociales agricoles, la partie, déterminée dans les conditions fixées à l'alinéa précédent, des cotisations d'assurance maladie versées en application de l'article 1031 du code rural est prise en charge par la caisse de mutualité sociale agricole compétente et imputée sur les dépenses d'assurance maladie.</p>	<p>« Les caisses primaires d'assurance maladie versent aux centres de santé une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres en application de l'article L. 241-1 pour les personnes qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux relevant des sections 1 et 2 du présent chapitre.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. L. 162-32. - Les caisses centres de santé qui ont adhéré à la convention nationale dans les conditions prévues à l'article L 162-32-2 ... une subvention égale chapitre.</p>
<p>Les dispositions de la convention nationale des médecins prises pour l'application du 6° de l'article L. 162-5 et des articles L. 162-5-2 à L. 162-5-6 sont</p>	<p>« Lorsque le personnel des centres de soins infirmiers est affilié aux assurances sociales agricoles, la partie des cotisations d'assurance maladie versées en application de l'article 1031 du code rural est prise en charge par la caisse de mutualité sociale agricole compétente et imputée sur les dépenses d'assurance maladie.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
		<p>« Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>adaptées par décret aux actes médicaux dispensés par les centres de santé agréés.</p>			
<p>Les dispositions de la convention nationale des infirmiers prises pour l'application du 5° de l'article L. 162-12-2 et de l'article L. 162-12-4 sont adaptées par un décret aux soins infirmiers dispensés par les centres de santé agréés.</p>	<p>« Les conditions d'application du présent article, notamment celles relatives à l'agrément, aux prescriptions techniques ainsi qu'au versement de la subvention par les caisses primaires d'assurance maladie, sont fixées par décret.</p>	<p>« Les ...</p>	<p>« Les conditions ...</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.</p>	<p>... maladie et à la dispense d'avance de frais, sont fixées par décret.</p>	<p>... article sont fixées par décret</p>
	<p>« Cet accord détermine notamment :</p>	<p>« Art. L. 162-32-1. - Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. L. 162-32-1. - Les rapports ...</p>
	<p>« 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>... définis par une convention nationale conclue pour une durée ...</p>
	<p>« 2° Les conditions générales d'application des conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé ; ces conditions ne peuvent pas</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>... polyvalents.</p> <p>« Cette convention détermine notamment :</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale		Propositions de la commission	
	<p>modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces conventions ;</p>				
	<p>« 3° Les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé ;</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans Alinéa modification</p>		
	<p>« 4° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins ;</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans Alinéa modification</p>		
	<p>« 5° Les conditions de la dispense de frais pour la part garantie par les organismes d'assurance maladie ;</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p><i>Suppression maintenue</i></p>		
	<p>« 6° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé.</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans Alinéa modification</p>		
	<p>« Art. L. 162-32-2. - L'accord national, ses annexes et avenants sont approuvés dans les conditions prévues à l'article L. 162-15.</p>	<p>« Art. L. 162-32-2. - Non modifié</p>	<p>« Art. L. 162-32-2. -</p>	<p>« Chaque année, une annexe à la convention fixe l'objectif de dépenses des centres de santé et détermine les mesures permettant de favoriser le respect de cet objectif.</p>	
	<p>« Il est applicable aux centres de santé qui font connaître à la caisse primaire</p>			<p>« Art. L. 162-32-2. - « La convention nationale, ses annexes ... l'article L. 162-15. « Elle est applicable ...</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils sont situés, dans un délai fixé par cet accord, qu'ils souhaitent y adhérer.</p> <p>« A défaut d'accord national, les tarifs applicables aux centres de santé sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. Ces dispositions sont également applicables aux centres de santé qui n'ont pas adhéré à l'accord national.</p> <p>« Art. L. 162-32-3. - La caisse primaire d'assurance maladie peut décider de placer un centre de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par l'accord national ; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par cet accord et permettre au centre de présenter ses observations ; elle ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de l'article L. 133-4 et du chapitre V du titre IV du livre Ier.</p> <p>« Lorsqu'un centre de santé est placé hors de la convention par la caisse primaire d'assurance maladie, les tarifs qui lui sont applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. »</p> <p>III. - L'ensemble des centres de santé agréés dans le cadre des dispositions</p>	<p>« Art. L. 162-32-3. - Non modifié</p> <p>III. - Non modifié</p>	<p>...fixé par cette convention, qu'ils... ... adhérer.</p> <p>A défaut de convention nationale, les tarifs ...</p> <p>... pas adhéré à la convention nationale.</p> <p>« Art. L. 162-32-3 - La caisse primaire ...</p> <p>... prévus par ladite convention, cette décision ...</p> <p>... prévues par cette convention et permettre ...</p> <p>... du livre Ier.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>III. - L'ensemble ...</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
_____	applicables avant l'entrée en vigueur de la présente loi conservent le bénéfice de l'agrément qui leur a été antérieurement accordé. Pour ceux des centres qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 162-32, les tarifs applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.	_____	... accordé.

II. TABLEAU COMPARATIF

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
Code de la sécurité sociale	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000	Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000
	TITRE I ^{ER}	TITRE I ^{ER}	TITRE I ^{ER}
	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE	ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ 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 2000.	Alinéa sans modification	Alinéa sans modification
Art. L. 114-1. - La Commission des comptes de la sécurité sociale analyse les comptes des régimes de sécurité sociale.			<i>Art. additionnel après l'Article premier</i>
Elle est assistée par un secrétaire général permanent, nommé par le ministre chargé de la sécurité sociale, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.			<i>Le quatrième alinéa de l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</i>
			<i>« Elle est assistée par un secrétariat général</i>

Textes en vigueur

Texte du projet de loi

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

**Propositions de la
commission**

permanent, qui assure l'organisation de ses travaux ainsi que l'établissement de ses rapports.

« Le secrétariat général de la commission des comptes de la sécurité sociale est placé sous l'autorité d'un secrétaire général, nommé pour trois ans renouvelable une fois, par le ministre chargé de la sécurité sociale, sur proposition conjointe des présidents des deux assemblées. »

*Art. additionnel après
l'Article premier*

L'avis du Conseil d'Etat sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale est transmis au Parlement.

*Art. additionnel après
l'Article premier*

I. - Après l'article L. 114-1, il est inséré, dans le code de la sécurité sociale, un article L. 114-2 ainsi rédigé :

« Art. L. 114-2. - Les régimes obligatoires de sécurité sociale communiquent leurs comptes au secrétaire général de la commission des comptes avant le 31 mars de l'année suivant l'exercice considéré.

« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article. »

II. - Après l'article

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la sécurité sociale Livre Ier Généralités. Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base. Titre 3 Dispositions communes relatives au financement. Chapitre 6 Contribution sociale généralisée. Section 1 De la contribution sociale sur les revenus d'activité et sur les revenus de remplacement.</p> <p>Art. 136-2. - I - La contribution est assise sur le montant brut des traitements, indemnités, émoluments, salaires, allocations, pensions y compris les majorations et bonifications pour enfants,</p>	<p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES</p>	<p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES</p>	<p><i>L. 114-1, il est inséré, dans le code de la sécurité sociale, un article L. 114-3 ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Art. L. 114-3. - Les organismes de sécurité sociale décrivent leurs opérations à l'aide d'un plan comptable unique.</i></p> <p><i>« Le suivi d'application de ce plan comptable est assuré par le secrétariat de la commission des comptes de la sécurité sociale.</i></p> <p><i>« Un décret détermine les modalités d'application du présent article. »</i></p> <p><i>III. - Les dispositions du présent article s'appliquent pour la première fois aux comptes de l'année 2001.</i></p> <p>TITRE II</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>des rentes viagères autres que celles visées au 6 de l'article 158 du code général des impôts et des revenus tirés des activités exercées par les personnes mentionnées aux articles L 311-2 et L 311-3. L'assiette de la contribution due par les artistes-auteurs est celle prévue au troisième alinéa de l'article L 382-3.</p> <p>.....</p> <p>.</p> <p>II - Sont inclus dans l'assiette de la contribution :</p> <p>1° Les sommes allouées au salarié au titre de l'intéressement prévu à l'article L 441-4 du code du travail ;</p> <p>.....</p> <p>..</p> <p>5° Les indemnités de licenciement ou de mise à la retraite et toutes autres sommes versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail pour la fraction qui excède le montant prévu par la convention collective de branche, l'accord professionnel ou interprofessionnel ou à défaut par la loi, ainsi que toutes sommes versées à l'occasion de la modification du contrat de travail</p>		<p>Art. 2 A (<i>nouveau</i>).</p> <p>I. - L'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Dans le 5° du II, après le mot : « loi » sont insérés les mots : « ou, en tout état de cause, est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 <i>duodecies</i> du code général des impôts » ;</p> <p>2° Après le 5° du II, il est inséré un 5° <i>bis</i> ainsi rédigé :</p> <p>« 5° <i>bis.</i> - Les indemnités versées à l'occasion de la cessation de leurs fonctions aux mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 <i>ter</i> du code général des impôts, ou, en cas de cessation forcée de ces fonctions, la fraction de ces indemnités qui excède les</p>	<p>Art. 2 A.</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 242-1. - Pour le calcul des cotisations des assurances sociales, des accidents du travail et des allocations familiales, sont considérées comme rémunérations toutes les sommes versées aux travailleurs en contrepartie ou à l'occasion du travail, notamment les salaires ou gains, les indemnités de congés payés, le montant des retenues pour cotisations ouvrières, les indemnités, primes, gratifications et tous autres avantages en argent, les avantages en nature, ainsi que les sommes perçues directement ou par l'entremise d'un tiers à titre de pourboire.</p> <p>.....</p> <p>..</p>		<p>montants définis au deuxième alinéa du 1 de l'article 80 <i>duodecies</i> du même code ; ».</p> <p>II. - L'article L. 242-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Sont aussi prises en compte les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 <i>ter</i> du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 <i>duodecies</i> du même code. »</p> <p>III. - Après le premier alinéa de l'article 1031 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Sont prises en</p>	
<p>Code rural</p>			
<p>(Art. 1031. - cf IV de l'Art. 5.)</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 1062. - Le chef d'exploitation ou d'entreprise agricoles ou l'artisan rural verse à la caisse de mutualité sociale agricole à laquelle il est affilié :</p> <p>1° une cotisation pour lui-même ;</p> <p>2° une cotisation pour les salariés que, le cas échéant, il emploie.</p> <p>.....</p> <p>.</p>		<p>compte dans l'assiette des cotisations visées au premier alinéa les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 <i>ter</i> du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 <i>duodecies</i> du même code. »</p>	
<p>Art. 1154. - La cotisation due à la caisse de mutualité sociale agricole par chaque employeur est assise,</p>		<p>IV. - L'article 1062 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Sont prises en compte dans l'assiette des cotisations visées au 2° les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 <i>ter</i> du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 <i>duodecies</i> du même code. »</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>sur les rémunérations soumises à cotisations d'assurances sociales agricoles, qui sont perçues par ses ouvriers, employés ou assimilés bénéficiant du régime.</p> <p>Cette cotisation est versée auprès de la caisse de mutualité sociale agricole.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat précisera, en tant que de besoin, les conditions d'application du présent article.</p> <p>Code du travail</p> <p>Art. L. 122-14-13. - Tout salarié quittant volontairement l'entreprise pour bénéficier du droit à une pension de vieillesse a droit, sous réserve des dispositions plus favorables d'une convention ou d'un accord collectif de travail ou du contrat de travail, à l'indemnité de départ en retraite prévue à l'article 6 de l'accord annexé à la loi n° 78-49 du 19 janvier 1978 relative à la mensualisation et à la procédure conventionnelle.</p> <p>Tout salarié dont la mise à la retraite résulte d'une décision de l'employeur a droit, sous réserve des</p>		<p>V. - Après le premier alinéa de l'article 1154 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Sont prises en compte dans l'assiette des cotisations visées au premier alinéa les indemnités versées à l'occasion de la rupture du contrat de travail à l'initiative de l'employeur ou à l'occasion de la cessation forcée des fonctions des mandataires sociaux, dirigeants et personnes visées à l'article 80 <i>ter</i> du code général des impôts, à hauteur de la fraction de ces indemnités qui est assujettie à l'impôt sur le revenu en application de l'article 80 <i>duodecies</i> du même code. »</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>dispositions plus favorables en matière d'indemnité de départ à la retraite contenues dans une convention ou un accord collectif de travail ou un contrat de travail, au versement d'une indemnité de départ en retraite équivalente soit à l'indemnité de licenciement prévue par l'article 5 de l'accord mentionné au premier alinéa s'il remplit les conditions fixées pour en bénéficier, soit à l'indemnité minimum de licenciement prévue à l'article L 122-9 du présent code. Les indemnités de départ mentionnées au présent alinéa obéissent au même régime fiscal et social que l'indemnité de licenciement.</p> <p>..... ..</p>		<p>VI. - La dernière phrase du deuxième alinéa de l'article L. 122-14-13 du code du travail est supprimée.</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. L. 136-6. -</p> <p>I - Les personnes physiques fiscalement domiciliées en France au sens de l'article 4 B du code général des impôts sont assujetties à une contribution sur les revenus du patrimoine assise sur le montant net retenu pour l'établissement de l'impôt sur le revenu, à l'exception de ceux ayant déjà supporté la contribution au titre des 3° et 4° du II de l'article L 136-7 autres que les contrats en unités de compte :</p> <ul style="list-style-type: none">a) Des revenus fonciers ;b) Des rentes viagères constituées à titre onéreux ;c) Des revenus de			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>capitaux mobiliers ;</p> <p>d) Des plus-values mentionnées aux articles 150 A et 150 A bis du code général des impôts.</p> <p>e) Des plus-values, gains en capital et profits réalisés sur les marchés à terme d'instruments financiers et de marchandises, ainsi que sur les marchés d'options négociables, soumis à l'impôt sur le revenu à un taux proportionnel.</p> <p>Pour l'application de l'alinéa précédent, le gain net retiré de la cession d'actions acquises dans les conditions prévues aux articles 208-1 à 208-8-2 de la loi n° 66-537 du 24 juillet 1966 sur les sociétés commerciales est égal à la différence entre le prix effectif de cession des actions net des frais et taxes acquittés par le cédant et le prix de souscription ou d'achat majoré, le cas échéant, des rémunérations visées au deuxième alinéa de l'article L 242-1 du code de la sécurité sociale.</p> <p>f) De tous revenus qui entrent dans la catégorie des bénéfices industriels et commerciaux, des bénéfices non commerciaux ou des bénéfices agricoles au sens du code général des impôts, à l'exception de ceux qui sont assujettis à la contribution sur les revenus d'activité et de remplacement définie aux articles L 136-1 à L 136-5.</p> <p>L'avoir fiscal non utilisé en application des dispositions de l'article 158 bis du code général des impôts est déduit de l'assiette de la contribution.</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>II - Sont également assujettis à la contribution, dans les conditions et selon les modalités prévues au I ci-dessus :</p> <p>a) Les sommes soumises à l'impôt sur le revenu en application de l'article L 69 du livre des procédures fiscales ;</p> <p>b) Tous autres revenus dont l'imposition est attribuée à la France par une convention internationale relative aux doubles impositions et qui n'ont pas supporté la contribution prévue à l'article L 136-1.</p> <p>III - La contribution portant sur les revenus mentionnés aux I et II ci-dessus est assise, contrôlée et recouvrée selon les mêmes règles et sous les mêmes sûretés, privilèges et sanctions que l'impôt sur le revenu.</p>		<p>Art. 2 B (<i>nouveau</i>).</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>« 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>II. - Les droits de consommation sur les tabacs prévus à l'article 575 A du code général des impôts sont majorés à due concurrence.</p>	<p>Art. 2 B.</p> <p>Sans modification</p>
<p>Les dispositions de l'article L 80 du livre des procédures fiscales sont applicables.</p> <p>Il n'est pas procédé au recouvrement de la contribution lorsque le montant total par article de rôle est inférieur à 160 F.</p> <p>Par dérogation à l'article 150 R du code général des impôts, le paiement ne peut être fractionné.</p> <p>La majoration de 10 p 100 prévue à l'article 1761 du</p>		<p>Art. 2 C (<i>nouveau</i>).</p> <p>A la fin du troisième alinéa du III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, la somme : « 160 F » est remplacée par la somme : « 400 F ».</p>	<p>Art. 2 C.</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>même code est appliquée au montant de la contribution qui n'a pas été réglé dans les trente jours suivant la mise en recouvrement.</p>	<p>Art. 2.</p>	<p>Art. 2.</p>	<p>Art. 2.</p>
<p>TITRE III DU LIVRE PREMIER Dispositions communes relatives au financement</p>	<p>I. - Il est inséré, au titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, un chapitre I^{er} <i>quater</i> ainsi rédigé :</p> <p>« CHAPITRE I^{ER} QUATER</p> <p>« Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale</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. 131-8-1.</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 partenaires sociaux. Ce décret en Conseil d'Etat fixe également les conditions de fonctionnement</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art L. 131-8. - Il est créé ...</p> <p>... L. 131-8-1 et d'améliorer le financement de la sécurité sociale par la réforme des cotisations patronales.</p> <p>« Ce ...</p> <p>... représentants des organisations syndicales de salariés et des organisations d'employeur les plus</p>	<p>Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>et de gestion du fonds.</p> <p>« Art. L. 131-8-1. - Les dépenses du fonds sont constituées :</p> <p>« 1° Par le versement, aux régimes de sécurité sociale concernés, des montants correspondant :</p> <p>« a) A la prise en charge de l'allègement visé aux articles L. 241-13-1 et L. 711-13-1 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes ;</p> <p>« b) A la prise en charge de l'aide visée à l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail ;</p> <p>« c) A la prise en charge de la réduction visée aux articles L. 241-13 et L. 711-13 du présent code et aux articles 1031, 1062-1 et 1157-1 du code rural au titre des dispositions correspondantes ainsi qu'au IV de l'article 1er de la loi n° 95-882 du 4 août 1995 relative à des mesures d'urgence pour l'emploi et la sécurité sociale.</p> <p>« 2° Par les frais de gestion administrative du fonds.</p> <p>« Les versements mentionnés aux a, b et c du 1° ci-dessus se substituent à</p>	<p>représentatives au plan national. Ce décret ... du fonds.</p> <p>« Art. L. 131-8-1. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Les ...</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>_____</p> <p>Code général des impôts</p> <p>Art. 403. - En dehors de l'allocation en franchise de 10 litres d'alcool pur accordée aux bouilleurs de cru, les alcools supportent un droit de consommation dont le tarif par hectolitre d'alcool pur est fixé à :</p> <p>I. - 1° 5474 F dans la limite de 90000 hectolitres d'alcool pur par an pour le rhum tel qu'il est défini à l'article 1er, paragraphe 4, point a, du règlement (CEE) n° 1576-89 du Conseil des communautés européennes, et produit dans les</p>	<p>_____</p> <p>la compensation par le budget de l'Etat prévue à l'article L. 131-7.</p> <p>« Art. L. 131-8-2. - Les recettes du fonds sont constituées par :</p> <p>« 1° Une fraction du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de finances pour 2000 ;</p> <p>« 2° La contribution sociale sur les bénéfices des sociétés visée 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 prévue à l'article 266 <i>sexies</i> du code des douanes ;</p> <p>« 4° Une contribution versée par les organismes gérant des régimes de protection sociale relevant du code de la sécurité sociale et du code rural et ceux visés par l'article L. 351-21 du code du travail, dans les conditions prévues par l'article L. 131-8-3 ;</p>	<p>_____</p> <p>... L. 131-7 sous réserve que cette compensation soit intégrale. Dans le cas contraire, les dispositions prévues à l'article L.131-7 s'appliquent.</p> <p>« Art. L. 131-8-2. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 4° Une fraction fixée à 47 % 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 Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 <i>bis</i> du même code ;</p>	<p>_____</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>départements d'outre-mer à partir de canne à sucre récoltée sur le lieu de fabrication au sens de l'article 1er, paragraphe 3, point 1, dudit règlement, ayant une teneur en substances volatiles autres que les alcools éthylique et méthylique égale ou supérieure à 225 grammes par hectolitre d'alcool pur et un titre alcoométrique acquis égal ou supérieur à 40 p 100 vol.</p> <p>Un décret détermine les modalités d'application du premier alinéa.</p> <p>2° 9510 F pour les autres produits ;</p> <p>.....</p> <p>..</p>			
<p>Code du travail</p> <p><i>(Art. 212-5. - cf. II de l'Article 2 du projet de loi relatif à la réduction négociée du temps de travail)</i></p>	<p>« 5° Une contribution de l'Etat ;</p>	<p>« 5° La contribution visée aux articles L. 212-5 du code du travail et 992-2 du code rural ;</p>	
<p>Code rural</p> <p><i>(Art. 992-2. - cf. Art. 17 du projet de loi relatif à la réduction négociée du temps de travail : l'art. 992-2 existait dans le projet de loi initial et ne figure plus dans le texte adopté par l'Assemblée nationale)</i></p>	<p>« 6° Les produits non consommés de l'exercice précédent ;</p> <p>« 7° La contribution visée aux articles L. 212-5 du code du travail et 992-2 du code rural, qui est affectée à la réserve de trésorerie du fonds, dans la limite de 10 % des dépenses de celui-ci.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
		<p>« 7° Une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances.</p> <p>« Les recettes et les dépenses du fonds doivent être équilibrées, dans des</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<hr/>	<hr/>	conditions prévues par les lois de financement de la sécurité sociale. Le solde annuel des dépenses et des recettes du fonds doit être nul.	<hr/>
	<p>« Art. L. 131-8-3. - Le montant des contributions mentionnées au 4° de l'article L. 131-8-2 ainsi que les dates de leur versement sont fixés par voie de convention conclue entre l'Etat et chacun des organismes mentionnés audit 4°.</p>	<p>« Art. L. 131-8-3. - Supprimé</p>	
	<p>« A défaut de signature d'une convention avant le 31 janvier 2000, la contribution de chacun des organismes est déterminée en fonction du surcroît de recettes et des économies de dépenses induits par la réduction du temps de travail pour cet organisme. Les règles servant à calculer le montant et l'évolution de ces contributions sont définies par décret en Conseil d'Etat.</p>		
	<p>« Art. L. 131-8-4. - Pour l'application des contributions visées au 4° de l'article L. 131-8-2 et en l'absence de dispositions conventionnelles, des arrêtés conjoints des ministres chargés de la sécurité sociale, de l'emploi et du budget fixent :</p>	<p>« Art. L. 131-8-4. - Supprimé</p>	
	<p>« - le montant prévisionnel des contributions dues au cours d'un exercice ; ce montant peut être, le cas échéant, révisé en cours d'année ;</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Art. - L. 135-3. - Les recettes du fonds affectées au financement des dépenses mentionnées à l'article</p>	<p>« - le montant des régularisations dues au titre de l'exercice.</p> <p>« Les contributions visées au 4° de l'article L. 131-8-2 sont versées au fonds institué à l'article L. 131-8 au plus tard le 15 du deuxième mois de chaque trimestre, pour une fraction correspondant au quart du montant annuel.</p> <p>« Elles sont recouvrées selon les modalités prévues au 3° de l'article L. 225-1-1 du présent code.</p> <p>« Art. L. 131-8-5. - Les frais d'assiette et de recouvrement des impôts, droits, taxes et contributions mentionnés à l'article L. 131-8-2 sont à la charge du fonds, en proportion du produit qui lui est affecté ; leur montant est fixé par arrêté conjoint des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale.</p> <p>« Art. L. 131-8-6. - Les relations financières entre le fonds et les organismes de protection sociale, d'une part, le fonds et l'Etat, d'autre part, font l'objet de conventions destinées notamment à garantir la neutralité en trésorerie des flux financiers pour les organismes de sécurité sociale. »</p>	<p>« Art. L. 131-8-5. - Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 131-8-6. - Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>L 135-2 sont constituées par :</p> <p>1° Une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L 136-1, L 136-6, L 136-7 et L 136-7-1, à concurrence d'un montant correspondant à l'application d'un taux de 1,3 p 100 à l'assiette de ces contributions ;</p> <p>2° Le produit des droits prévus aux articles 402 bis, 438 et 520 A du code général des impôts ainsi qu'une fraction fixée à 55% du produit du droit de consommation prévu à l'article 403 du même code, à l'exception du produit de ce droit de consommation perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 bis du même code ;</p> <p>.....</p> <p>..</p>	<p>II. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2000.</p>	<p><i>I bis (nouveau).</i> - Dans le 2° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : « 55 % » est remplacé par le taux : « 8 % ».</p>	
	<p>A titre transitoire et jusqu'à la date de création du fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, les produits</p>	<p>II. - Les ...</p> <p>...2000. Les dispositions du 4° de l'article L. 131-8-2 du code de la sécurité sociale et du <i>I bis</i> du présent article sont applicables aux versements effectués au profit respectivement du fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale et du fonds mentionné à l'article L 135-1 du même code à compter du 1^{er} janvier 2000.</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>mentionnés à l'article L. 131-8-2, à l'exception de ceux mentionnés au dernier alinéa, sont versés à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, et les produits mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 131-8-2 sont centralisés par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. L'agence centrale suit lesdits produits dans des comptes spécifiques ouverts à cet effet.</p> <p style="text-align: center;">Art. 3.</p> <p>Le code général des impôts est ainsi modifié :</p> <p style="padding-left: 2em;">1° Il est inséré un article 235 <i>ter</i> ZC ainsi rédigé :</p> <p style="padding-left: 4em;">« Art. 235 <i>ter</i> ZC. - I. - Les redevables de l'impôt sur les sociétés sont assujettis à une contribution sociale égale à une fraction de cet impôt calculé sur leurs résultats imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 et diminué d'un abattement qui ne peut excéder 5 000 000 F par période de douze mois. Lorsqu'un exercice ou une période d'imposition est inférieur ou supérieur à douze mois, l'abattement est ajusté à due proportion.</p> <p style="padding-left: 4em;">« La fraction mentionnée au premier alinéa est égale à 3,3 % pour les exercices clos à compter du 1er janvier 2000.</p> <p style="padding-left: 4em;">« Sont exonérés les redevables ayant réalisé un</p>	<p>... mentionnés au 5° sont versés ...</p> <p>... mentionnés au 5° de l'article L. 131-8-2 ...</p> <p>... effet.</p> <p style="text-align: center;">Art. 3.</p> <p style="padding-left: 2em;">Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 2em;">Alinéa sans modification</p> <p style="padding-left: 2em;">« Art. 235 <i>ter</i> ZC. - Non modifié</p>	<p style="text-align: center;">Art. 3.</p> <p style="text-align: center;">Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>chiffre d'affaires de moins de 50 millions de francs. Le chiffre d'affaires à prendre en compte s'entend du chiffre d'affaires réalisé par le redevable au cours de l'exercice ou période d'imposition, ramené à douze mois le cas échéant et, pour la société mère d'un groupe mentionné à l'article 223 A, de la somme des chiffres d'affaires de chacune des sociétés membres de ce groupe. Le capital des sociétés, entièrement libéré, doit être détenu de manière continue, pour 75 % au moins, par des personnes physiques ou par une société répondant aux mêmes conditions dont le capital est détenu, pour 75 % au moins, par des personnes physiques. Pour la détermination de ce pourcentage, les participations des sociétés de capital-risque, des fonds communs de placement à risques, des sociétés de développement régional et des sociétés financières d'innovation ne sont pas prises en compte à la condition qu'il n'existe pas de lien de dépendance au sens du 1 <i>bis</i> de l'article 39 <i>terdecies</i> entre la société en cause et ces dernières sociétés ou ces fonds.</p> <p>« II. - Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 223 A, la contribution est due par la société mère. Elle est assise sur l'impôt sur les sociétés afférent au résultat d'ensemble et à la plus-value nette d'ensemble définis aux articles 223 B et 223 D.</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">LIVRE II Recouvrement de l'impôt CHAPITRE PREMIER Paiement de l'impôt SECTION I Impôts directs et taxes assimilées II Exigibilité de l'impôt <i>1 bis</i> Contribution temporaire sur l'impôt sur les sociétés - Droits et pénalités</p>	<p>« III. - Pour les entreprises placées sous le régime prévu à l'article 209 <i>quinquies</i>, la contribution est calculée d'après le montant de l'impôt sur les sociétés, déterminé selon les modalités prévues au I, qui aurait été dû en l'absence d'application de ce régime. Elle n'est ni imputable ni remboursable.</p> <p>« IV. - Les avoirs fiscaux ou crédits d'impôt de toute nature ainsi que la créance visée à l'article 220 <i>quinquies</i> et l'imposition forfaitaire annuelle mentionnée à l'article 223 <i>septies</i> ne sont pas imputables sur la contribution.</p> <p>« V. - Elle est établie et contrôlée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties et sanctions.</p> <p>« VI. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. » ;</p> <p>2° Il est inséré un article 1668 D ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 1668 D. - I. - La contribution sociale mentionnée à l'article 235 <i>ter</i> ZC est recouvrée comme l'impôt sur les sociétés et sous les mêmes garanties.</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. 1668 D. - I. - La contribution ...</p> <p>...garanties et sanctions.</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>« Elle est payée spontanément au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts directs, au plus tard à la date prévue au 2 de l'article 1668 pour le versement du solde de liquidation de l'impôt sur les sociétés.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« Elle donne lieu au préalable à quatre versements anticipés aux dates prévues pour le paiement des acomptes d'impôt sur les sociétés de l'exercice ou de la période d'imposition. Le montant des versements anticipés est fixé à 3,3 % du montant de l'impôt sur les sociétés calculé sur les résultats imposables aux taux mentionnés au I de l'article 219 de l'exercice ou de la période d'imposition qui précède et diminué d'un montant qui ne peut excéder celui de l'abattement défini au premier alinéa du I de l'article 235 <i>ter</i> ZC.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« Lorsque le montant des versements anticipés déjà payés au titre d'un exercice ou d'une période d'imposition en application du deuxième alinéa est égal ou supérieur à la contribution dont l'entreprise prévoit qu'elle sera finalement redevable au titre de ce même exercice ou de cette même période, l'entreprise peut se dispenser du paiement de nouveaux versements en remettant au comptable du Trésor chargé du recouvrement des impôts directs, avant la date d'exigibilité du prochain versement anticipé, une déclaration datée et signée.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>CHAPITRE II DU TITRE PREMIER DE LA PREMIÈRE PARTIE DU LIVRE PREMIER Impôt sur les bénéfices des sociétés et autres personnes morales SECTION III Détermination du bénéfice imposable</p> <p>Art. 213. - L'impôt sur les sociétés, la contribution mentionnée à l'article 235 ter ZA, (la contribution temporaire mentionnée à l'article 235 ter ZB) (M) et l'impôt sur le revenu ne sont pas admis dans les charges déductibles pour l'établissement de l'impôt.</p> <p>.....</p>	<p>« II. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret. » ;</p> <p>3° Au premier alinéa de l'article 213, après les mots : « la contribution temporaire mentionnée à l'article 235 ter ZB », sont insérés les mots : « , la contribution sociale mentionnée à l'article 235 ter ZC ».</p>	<p>« Si la déclaration mentionnée à l'alinéa précédent est reconnue inexacte à la suite de la liquidation de la contribution, la majoration prévue au 1 de l'article 1762 est appliquée aux sommes non réglées.</p> <p>« II. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Code des douanes</p> <p>TITRE X Taxes diverses perçues par la douane CHAPITRE IER Taxes intérieures</p> <p>Art. 266 <i>sexies</i>. - I. - Il est institué à compter du 1er janvier 1999 une taxe générale sur les activités polluantes qui est due par les personnes physiques ou morales suivantes :</p>	<p>Art. 4.</p> <p>I. - Le code des douanes est ainsi modifié :</p> <p>A. - L'article 266 <i>sexies</i> est ainsi modifié :</p> <p>1° Au I, les mots : « à compter du 1er janvier 1999 » sont supprimés ;</p>	<p>Art. 4.</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>A. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>Art. 4.</p> <p><i>Supprimé</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale		Propositions de la commission
.....	2° Le I est complété par un 5, un 6, un 7 et un 8 ainsi rédigés :	Alinéa modification	sans	
	« 5. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou qui met à la consommation des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge relevant respectivement des rubriques 34022090, 34029090 et 38091010 à 38099100 du tarif douanier ;	Alinéa modification	sans	
	« 6. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou qui met à la consommation des grains minéraux naturels d'un diamètre maximal de 125 millimètres relevant des rubriques 2505 et 25171010 du tarif douanier ;	Alinéa modification	sans	
	« 7. Toute personne qui livre pour la première fois après fabrication nationale ou qui livre sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou qui met à la consommation des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés relevant de la rubrique 3808 du tarif douanier dont la mise sur le marché est autorisée en	Alinéa modification	sans	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>application de la loi n° 525 du 2 novembre 1943 relative à l'organisation du contrôle des produits antiparasitaires à usage agricole et dans la composition desquels entrent des substances classées dangereuses selon les critères définis par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail ;</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« 8.a. Tout exploitant d'un établissement industriel ou commercial ou d'un établissement public à caractère industriel et commercial dont certaines installations sont soumises à autorisation au titre de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée ;</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« b. Tout exploitant d'un établissement mentionné au a dont les activités, figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat après avis du Conseil supérieur des installations classées, font courir, par leur nature ou leur volume, des risques particuliers à l'environnement. » ;</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
<p>II.- La taxe ne s'applique pas :</p>	<p>3° Le II est complété par un 3, un 4 et un 5 ainsi rédigés :</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« 3. Aux produits mentionnés au 6 du I du même article issus d'une opération de recyclage ou qui présentent une teneur sur produit sec d'au moins 97 % d'oxyde de silicium ;</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« 4. Aux préparations pour lessives, y compris les</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 266 <i>septies</i>.- Le fait générateur de la taxe mentionné à l'article 266 <i>sexies</i> est constitué par :</p>	<p>préparations auxiliaires de lavage, aux produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, aux grains minéraux naturels, aux produits antiparasitaires à usage agricole et aux produits assimilés mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I du même article lorsque la première livraison après fabrication nationale consiste en une expédition directe à destination d'un Etat membre de la Communauté européenne ou en une exportation ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>B. - L'article 266 <i>septies</i> est complété par un 5, un 6, un 7 et un 8 ainsi rédigés :</p>	<p>B. - Alinéa sans modification</p>	
	<p>« 5. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou la mise à la consommation des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge mentionnés au 5 du I de l'article 266 <i>sexies</i> ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« 6. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou la mise à la consommation des grains</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 266 <i>octies</i>. - La taxe mentionnée à l'article 266 <i>sexies</i> est assise sur :</p> <p>.....</p>	<p>minéraux naturels mentionnés au 6 du I de l'article 266 <i>sexies</i> ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« 7. La première livraison après fabrication nationale, la livraison sur le marché intérieur en cas d'acquisition intracommunautaire ou la mise à la consommation des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés dans la composition desquels entrent des substances classées dangereuses mentionnés au 7 du I de l'article 266 <i>sexies</i> ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« 8.a. La délivrance de l'autorisation prévue par l'article 3 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« b. L'exploitation au cours d'une année civile d'un établissement mentionné au b du 8 du I de l'article 266 <i>sexies</i>. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>sans</p>
	<p>C. - L'article 266 <i>octies</i> est complété par un 5, un 6 et un 7 ainsi rédigés :</p>	<p>C. - Alinéa sans modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« 5. Le poids des préparations pour lessives, y compris des préparations auxiliaires de lavage, ou des produits adoucissants ou assouplissants pour le linge mentionnés au 5 du I de l'article 266 <i>sexies</i> ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« 6. Le poids des grains minéraux naturels mentionnés au 6 du I de l'article 266 <i>sexies</i> ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>sans</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 266 <i>nonies</i>.- 1 Le montant de la taxe mentionnée à l'article 266 <i>sexies</i> est fixé comme suit :</p> <p>.....</p> <p><i>Cf. Tableau des quotités page 25 bis</i></p>	<p>« 7. Le poids des substances classées dangereuses selon les critères définis par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole ou des produits assimilés mentionnés au 7 du I de l'article 266 <i>sexies</i>. »</p> <p>D. - L'article 266 <i>nonies</i> est ainsi modifié :</p> <p>1° Le tableau figurant au 1 est ainsi rédigé :</p> <p><i>Cf. Tableau des quotités page 25 ter</i></p> <p>2° L'article est complété par un 7 et un 8 ainsi rédigés :</p> <p>« 7. Les substances classées dangereuses qui entrent dans la composition des produits antiparasitaires à usage agricole et des produits assimilés mentionnés au 7 du I de l'article 266 <i>sexies</i> sont réparties en sept catégories affectées d'un taux unitaire spécifique en fonction de leurs caractéristiques écotoxicologiques et toxicologiques définies par les arrêtés pris pour l'application de l'article R. 231-51 du code du travail :</p> <p><i>(Cf. Tableau des dangers toxicologiques page 26 bis)</i></p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
		<p>D. - Alinéa sans modification</p>	
		<p>Alinéa sans modification</p>	
		<p><i>Cf. Tableau modifié des quotités page 25 quater</i></p>	
		<p>Alinéa sans modification</p>	
		<p>Alinéa sans modification</p>	
		<p><i>(Tableau non modifié)</i></p>	
	<p>« 8. Le décret en</p>	<p>Alinéa sans</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>Conseil d'Etat prévu au <i>b</i> du 8 du I de l'article 266 <i>sexies</i> fixe un coefficient multiplicateur compris entre un et dix pour chacune des activités exercées dans les installations classées, en fonction de sa nature et de son volume. Le montant de la taxe effectivement perçue chaque année par établissement au titre de chacune de ces activités est égal au produit du tarif de base fixé dans le tableau figurant au 1 ci-dessus et du coefficient multiplicateur. »</p>	modification	
	<p>E. - L'article 266 <i>decies</i> est complété par un 3 ainsi rédigé :</p>	E. - Alinéa sans modification	
	<p>« 3. Les préparations pour lessives, y compris les préparations auxiliaires de lavage, les produits adoucissants ou assouplissants pour le linge, les grains minéraux naturels, les produits antiparasitaires à usage agricole et les produits assimilés mentionnés respectivement aux 5, 6 et 7 du I de l'article 266 <i>sexies</i> donnent lieu, sur demande, à remboursement de la taxe afférente lorsqu'ils sont expédiés à destination d'un Etat membre de la Communauté européenne ou exportés.»</p>	Alinéa sans modification	
	<p>F. - Il est créé un article 266 <i>terdecies</i> ainsi rédigé :</p>	F. - Alinéa sans modification	
	<p>« Art. 266 <i>terdecies</i>.- Par dérogation aux dispositions des articles 266 <i>undecies</i> et 266 <i>duodecies</i>, les services chargés de</p>	« Art. 266 <i>terdecies</i> .- Alinéa sans modification	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>l'inspection des installations classées contrôlent, liquident et recouvrent la part de la taxe générale sur les activités polluantes assise sur la délivrance de l'autorisation prévue par l'article 3 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 précitée et sur l'exploitation au cours d'une année civile d'un établissement mentionné au <i>b</i> du 8 du I de l'article 266 <i>sexies</i> selon les modalités suivantes :</p> <p>« I. - Au vu des renseignements transmis par le préfet, les services chargés de l'inspection des installations classées dressent la liste des redevables, fixent le montant de la taxe et, le cas échéant, des pénalités dues par chacun de ceux-ci et prescrivent l'exécution de la recette correspondante.</p> <p>« Ils notifient à l'assujetti le montant de la taxe et, le cas échéant, des pénalités à acquitter par un avis qui indique les dates de mise en recouvrement, d'exigibilité et d'application de l'intérêt de retard en cas de non-paiement.</p> <p>« La date d'exigibilité est fixée au dernier jour du deuxième mois suivant celui de la mise en recouvrement.</p> <p>« Le montant de la taxe non acquittée le 15 du mois qui suit celui au cours duquel la taxe est exigible est majoré d'un intérêt de retard dont le taux mensuel est fixé à 0,75 % du montant des sommes restant dues.</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
_____	<p>« L'encaissement de la taxe ainsi que, le cas échéant, des pénalités, est effectué par l'intermédiaire d'une régie de recettes fonctionnant dans les conditions prévues par la réglementation applicable aux régies de recettes et aux régies d'avance des organismes publics.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	_____
	<p>« A défaut de paiement et au plus tard deux mois après le 15 du mois qui suit celui au cours duquel la taxe est exigible, le recouvrement des sommes impayées est assuré dans les conditions prévues par la réglementation générale sur la comptabilité publique au vu des ordres de recettes émis par l'ordonnateur dont relève la régie de recettes mentionnée à l'alinéa précédent.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>« II. - La taxe générale sur les activités polluantes assise sur l'exploitation d'un établissement mentionné au <i>b</i> du 8 du I de l'article 266 <i>sexies</i> est due au 1er janvier de chaque année, ou ultérieurement à la date de mise en fonctionnement de l'établissement ou éventuellement de l'exercice d'une nouvelle activité. La taxe est due dans tous les cas pour l'année entière. Son paiement incombe à la personne physique ou morale qui exploite l'établissement à cette date.</p>	<p>II.- Alinéa sans modification</p>	
	<p>« En cas de cessation d'activité ou de changement survenu dans un</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>établissement de nature à modifier sa situation au regard de cette taxe, l'exploitant fait parvenir une déclaration au préfet dans un délai d'un mois à compter de cet événement.</p>		
	<p>« Lorsque cette déclaration est inexacte ou n'est pas déposée dans ce délai, les services chargés de l'inspection des installations classées notifient aux assujettis, trente jours au moins avant l'émission du titre exécutoire, les éléments servant au calcul de la taxe.</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« En cas de défaut de déclaration dans le délai prescrit, les services mentionnés ci-dessus procèdent à la taxation d'office et l'assortissent de l'intérêt de retard et de la majoration prévus à l'article 1728 du code général des impôts.</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« En cas d'inexactitude de la déclaration, les rappels de taxe sont assortis de l'intérêt de retard et, le cas échéant, de la majoration prévus à l'article 1729 du code général des impôts.</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
	<p>« Les majorations mentionnées aux quatrième et cinquième alinéas du présent II sont notifiées, avec leur motivation, aux assujettis qui disposent d'un délai de trente jours pour présenter leurs observations. Les services mentionnés ci-dessus ne peuvent émettre le titre exécutoire qu'à l'expiration de ce délai. »</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Loi n° 76-663 du 16 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement</p>	<p>II. - L'article 17 de la loi n° 76-663 du 19 juillet 1976 relative aux installations classées pour la protection de l'environnement est abrogé.</p>	<p>II. - Non modifié</p>	
<p>TITRE V Dispositions financières</p>			
<p>Art. 17. - I. - Les établissements industriels et commerciaux et les établissements publics à caractère industriel ou commercial, dont certaines installations sont classées, sont assujettis à une taxe unique perçue lors de toute autorisation au titre de la présente loi.</p>			
<p>En outre, une redevance annuelle est perçue sur ceux desdits établissements qui, en raison de la nature ou du volume de leurs activités, font courir des risques particuliers à l'environnement et requièrent de ce fait des contrôles approfondis et périodiques.</p>			
<p>II. - Le taux de la taxe unique est de 12 000 F pour les établissements dont une installation au moins est soumise à autorisation, de 2 400 F pour les artisans n'employant pas plus de deux salariés et de 5 780 F pour les autres entreprises inscrites au répertoire des métiers.</p>			
<p>Le montant de la taxe est majoré de 10 p 100 lorsque le paiement des sommes correspondantes n'est pas effectué dans les délais prescrits</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>III. - Les établissements visés au deuxième alinéa du paragraphe I ci-dessus sont ceux dans lesquels sont exercées une ou plusieurs des activités figurant sur une liste établie par décret en Conseil d'Etat, après avis du conseil supérieur des installations classées.</p> <p>Le taux de base de ladite redevance est fixée à 1 800 F.</p> <p>Le décret prévu ci-dessus fixe, pour chacune des activités retenues en fonction de sa nature et de son importance, un coefficient multiplicateur compris entre 1 et 10. Le montant de la redevance effectivement perçue par établissement au titre de chacune de ces activités est égal au produit du taux de base et du coefficient multiplicateur.</p> <p>Les majorations et pénalités prévues aux quatrième et cinquième alinéas du paragraphe II ci-dessus s'appliquent à la redevance.</p> <p>IV. - Le recouvrement de la taxe unique et de la redevance est poursuivi comme en matière de contributions directes.</p>	<p>III. - Les dispositions des I et II sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2000.</p>	<p>III. - Non modifié</p> <p>Art. 4 bis (nouveau).</p> <p>Les jeunes agriculteurs bénéficient d'une exonération partielle des cotisations techniques et</p>	<p>Art. 4 bis.</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	Art. 5.	<p>complémentaires d'assurance maladie, invalidité et maternité, de prestations familiales et d'assurance vieillesse agricole dont ils sont redevables pour eux-mêmes et au titre de leur exploitation. Cette exonération est applicable pendant les trois années civiles qui suivent celle au cours de laquelle ils bénéficient des prestations d'assurance maladie du régime des personnes non salariées agricoles et remplissent, en qualité de chef d'exploitation, des conditions, définies par décret, relatives à la taille économique maximale de leur exploitation. Pour bénéficier de l'exonération, ils doivent être âgés de dix-huit ans au moins et de quarante ans au plus à la date de leur affiliation au régime de protection sociale des personnes non salariées agricoles ; un décret détermine les dérogations qui peuvent être apportées à ces limites d'âge.</p> <p>Les cotisations visées à l'alinéa précédent sont réduites de 65 % au titre de la première année civile au cours de laquelle est accordée l'exonération, de 55 % au titre de la seconde et de 35 % au titre de la troisième. Le plafond de ces exonérations et le montant minimal de cotisations dont les jeunes agriculteurs sont redevables sont déterminés par décret.</p>	Art. 5.

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>I. - L'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>I. - L'article L. 139-2 du rédigé :</p>
<p>Art. L. 139-1. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale reçoit et reverse aux régimes obligatoires d'assurance maladie une fraction fixée à 40 p 100 du produit du droit de consommation prévu 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>« Art. L. 139-1. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV de l'article L. 136-8 et la répartit entre les régimes obligatoires d'assurance maladie.</p>	<p>« Art. L. 139-1. - Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. L. 139-1. - Supprimé</p>
<p>Art. L. 139-2. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions visée au III de l'article L 136-8 attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie et le produit des droits visé à l'article L 139-1 et les répartit comme suit :</p>			<p>« Art. L. 139-2. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part des contributions attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie en application du IV de l'article L. 136-8 et la répartit selon la clef suivante :</p>
<p>1° En fonction de la perte des cotisations d'assurance maladie induite pour chacun des régimes par les diminutions des taux de cotisation d'assurance maladie destinées à compenser pour les assujettis le relèvement du taux de la contribution sociale généralisée ;</p>			<p>« - Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés 87,000 %</p>
			<p>« - Régime des salariés agricoles 2,290 %</p>
<p>2° Pour la fraction</p>			<p>« - Caisse nationale militaire de sécurité sociale 1,540 %</p>
			<p>« - Régime des</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>restant après la répartition au 1° :</p> <p>a) En priorité au régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, dans la limite de son déficit comptable ;</p> <p>b) Puis, le cas échéant avant affectation de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés, au prorata du déficit comptable des autres régimes obligatoires d'assurance maladie.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, notamment celles des diminutions des taux de cotisation d'assurance maladie mentionnés au 1° qui sont prises en compte pour le calcul de la perte de cotisations d'assurance maladie supportée par chacun des régimes. Un arrêté pris après avis des régimes obligatoires d'assurance maladie fixe la répartition de la part des produits visés au premier alinéa du présent article entre lesdits régimes.</p>			<p><i>exploitants agricole</i> 1,818 %</p> <p>« - <i>Caisse autonome d'assurance maladie des professions indépendantes</i> 5,370 %</p> <p>« - <i>Autres régimes d'assurance maladie</i> 1,982 %</p> <p>« <i>Les montants des contributions attribuées aux régimes d'assurance maladie sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants de régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la commission des comptes de la sécurité sociale.</i></p> <p>« <i>La commission de répartition dresse chaque année un bilan de l'application des présentes dispositions qu'elle transmet à la commission des comptes de la sécurité sociale.</i> »</p> <p><i>II. - Les dispositions du présent article sont applicables à compter de la répartition effectuée au titre de l'année 2000.</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>« Chaque régime d'assurance maladie, à l'exception de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, reçoit un montant égal à celui perçu en 1998 au titre de la répartition tant de ces contributions que des droits de consommation sur les alcools corrigé de l'impact sur douze mois de la revalorisation du taux de la contribution sociale généralisée intervenue au 1^{er} janvier 1998. Ce montant est réactualisé chaque année en fonction de l'évolution de l'assiette de la contribution visée à l'article L. 136-1 entre les deux derniers exercices clos.</p> <p>« Ces montants et les modalités de leur versement sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget après consultation d'une commission de répartition de la contribution sociale généralisée, composée notamment de représentants des régimes concernés et présidée par le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale.</p> <p>« La Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés reçoit le solde de la contribution sociale généralisée après la répartition prévue au deuxième alinéa du présent article.</p> <p>« La commission de répartition dresse, au terme d'un délai de cinq ans, un bilan de l'application des</p>	<p>« Chaque ...</p> <p>... réactualisé au 1^{er} janvier de chaque année ...</p> <p>... clos.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</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>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 241-2. -</p>	<p>présentes dispositions qu'elle présente au Parlement et propose, le cas échéant, une modification des modalités de calcul des montants versés à chaque régime. »</p>	<p>II. - A l'avant dernier alinéa de l'article ...</p>	<p>II. - <i>Supprimé</i></p>
<p>Les ressources des assurances maladie, maternité, invalidité et décès sont en outre constituées par :</p>	<p>II. - Au 2° de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 5 % » est remplacé par le taux : « 45 % ».</p>	<p>... « 45 % ».</p>	<p>II. - <i>Supprimé</i></p>
<p>2° Une fraction fixée à 5 % 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>III. - Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>III. - Alinéa sans modification</p>	<p>III. - <i>Supprimé</i></p>
<p>Art. L. 139-2. - L'Agence centrale des organismes de sécurité sociale centralise la part du produit des contributions visée au III de l'article L. 136-8 attribuée aux régimes obligatoires d'assurance maladie et le produit des droits visé à l'article L. 139-1 et les répartit comme suit : 1° En fonction de la</p>	<p>1° L'article L. 139-2 est abrogé ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>III. - <i>Supprimé</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>perte des cotisations d'assurance maladie induite pour chacun des régimes par les diminutions des taux de cotisation d'assurance maladie destinées à compenser pour les assujettis le relèvement du taux de la contribution sociale généralisée ;</p> <p>2° Pour la fraction restant après la répartition au 1° :</p> <p>a) En priorité au régime d'assurance maladie des travailleurs salariés, dans la limite de son déficit comptable ;</p> <p>b) Puis, le cas échéant avant affectation de la contribution sociale de solidarité sur les sociétés, au prorata du déficit comptable des autres régimes obligatoires d'assurance maladie.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, notamment celles des diminutions des taux de cotisation d'assurance maladie mentionnés au 1° qui sont prises en compte pour le calcul de la perte de cotisations d'assurance maladie supportée par chacun des régimes. Un arrêté pris après avis des régimes obligatoires d'assurance maladie fixe la répartition de la part des produits visés au premier alinéa du présent article entre lesdits régimes.</p>			
<p>SOUS-SECTION 1 DE LA SECTION 1 DU CHAPITRE PREMIER DU TITRE IV DU LIVRE II Assurances maladie,</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">maternité, invalidité et décès</p> <p>Art. L. 241-1.- Les ressources des gestions mentionnées à l'article L. 221-1 du présent code sont constituées, indépendamment des contributions de l'Etat prévues par les dispositions législatives et réglementaires en vigueur, par des cotisations proportionnelles aux rémunérations ou gains perçus par les assurés, par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1, et une fraction du produit des droits visé à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2, et par le produit de la cotisation visée à l'article L. 213-1 du code des assurances.</p> <p style="text-align: center;">LIVRE VI Régimes des travailleurs non salariés TITRE PREMIER Assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles. CHAPITRE 2 Financement SECTION 1 Généralités</p> <p>Art. L. 612-1.- Les charges entraînées par l'application du présent titre sont couvertes par :</p> <p>.....</p> <p>6°) une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux</p>	<p style="text-align: center;">2° A l'article L. 241-1, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés ;</p>	<p style="text-align: center;">Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1, et une fraction du produit des droits visé à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2.</p>	<p>3° Au 6° de l'article L. 612-1, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés ;</p>	<p>3° Au dernier alinéa de l'article ...</p> <p>... supprimés ;</p>	
<p>Art. L. 711-2. - Les ressources des assurances maladie et maternité garantissant les personnes assujetties à l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1 ci-dessus sont notamment constituées par des cotisations à la charge des assurés, précomptées et calculées dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat :</p>			
<p>.....</p> <p>Ces ressources sont également constituées 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 une fraction du produit des droits visé à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2.</p>	<p>4° Au dernier alinéa de l'article L. 711-2, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 » sont supprimés.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Code rural</p> <p>LIVRE VII</p> <p>Dispositions sociales</p> <p>TITRE II</p> <p>Mutualité sociale agricole</p> <p>CHAPITRE II</p> <p>Assurances sociales</p> <p>SECTION 2</p> <p>Cotisations</p>			
<p>Art. 1031. - Les ressources des assurances sociales agricoles sont</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>constituées par des cotisations à la charge des employeurs et des assurés, assises sur les rémunérations perçues par ces derniers, ainsi que, en ce qui concerne les assurances maladie, maternité, invalidité et décès par des contributions à la charge des seuls assurés, assises sur les allocations et revenus de remplacement mentionnés à l'article 6 de la loi n° 82-1 du 4 janvier 1982, ainsi que sur les avantages de retraite financés en tout ou partie par une contribution de l'employeur ou ayant donné lieu à rachat de cotisations, à l'exclusion des bonifications ou majorations pour enfants autres que les annuités supplémentaires. Elles sont également constituées par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L 136-1, L. 136-6, L. 136-7, L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, et par une fraction du produit des droits visé à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 du même code.</p> <p>CHAPITRE III-1 Assurances maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées SECTION 3 Financement</p> <p>Art. 1106-6-3. - Les ressources des assurances maladie, maternité et invalidité garantissant les personnes visées du 1° au 5° du I de l'article 1106-1 sont notamment constituées par</p>	<p>IV. - Le code rural est ainsi modifié :</p> <p>1° Au premier alinéa de l'article 1031, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 du même code » sont supprimés ;</p>	<p>IV. - Non modifié</p>	<p>IV. - <i>Supprimé</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, et une fraction du produit des droits visé à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 de ce code.</p>	<p>2° A l'article 1106-6-3, les mots : « et une fraction du produit des droits visés à l'article L. 139-1 du même code, à concurrence du montant correspondant à l'application des dispositions de l'article L. 139-2 de ce code » sont supprimés.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>V. - Les dispositions du présent article sont applicables à compter de la répartition effectuée au titre de l'année 2000.</p>	<p>V. - Alinéa sans modification</p>	<p>V. - <i>Supprimé</i></p>
		<p>Par dérogation aux dispositions du deuxième alinéa de l'article L. 139-1 du code de la sécurité sociale, le montant des contributions dues au titre de l'exercice 2000 est déterminé par la double application aux montants fixés pour 1998 du taux d'évolution de l'assiette annuelle de la contribution entre 1998 et 1997.</p>	
<p>CHAPITRE 6 DU TITRE III DU LIVRE PREMIER Contribution sociale généralisée SECTION 3 De la contribution sociale sur les produits de placement</p>			
<p>Art. L. 651-9. - Un décret fixe les conditions d'application des articles L. 651-1 à L. 651-8. Il détermine en particulier les modalités de recouvrement de la contribution et les majorations de retard.</p>		<p>Art. 5 bis (nouveau).</p>	<p>Art. 5 bis.</p>
		<p>I. - L'article L. 651-9 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Ces majorations de retard peuvent faire l'objet d'une remise totale ou partielle décidée par le</p>	<p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
		<p>directeur de l'organisme visé à l'article L. 651-4. Ces décisions peuvent faire l'objet d'un recours devant les tribunaux des affaires de sécurité sociale qui statuent en dernier ressort. »</p> <p>II. - Les dispositions du présent article s'appliquent aux demandes de remises de majorations postérieures au 1^{er} janvier 2000.</p> <p>III. - Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret.</p>	<p><i>Art. additionnel avant l'Article 6.</i></p> <p><i>Après l'article L. 225-6, il est inséré, dans le titre II du livre II du code de la sécurité sociale un chapitre V bis ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« Chapitre V bis</i></p> <p><i>« Affectation des résultats comptables des branches du régime général</i></p> <p><i>« Art. L. 225-7. - Chaque branche du régime général dispose d'une section comptable distincte de celle de ses opérations courantes.</i></p> <p><i>« Après la clôture de l'exercice, le résultat comptable de la branche est imputé sur cette section comptable.</i></p> <p><i>« Ce placement des sommes inscrites à cette section comptable est effectué par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans le</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission																																																
			<p><i>respect de la séparation des branches.</i></p> <p>« Un décret détermine les modalités d'application du présent article. »</p>																																																
	<p>Art. 6.</p> <p>Pour 2000, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :</p> <p><i>(En milliards de francs)</i></p> <table border="0"> <tr> <td>Cotisations effectives</td> <td>1 106,6</td> </tr> <tr> <td>Cotisations fictives</td> <td>201,5</td> </tr> <tr> <td>Contributions publiques</td> <td>62,8</td> </tr> <tr> <td>Impôts et taxes affectés</td> <td>461,8</td> </tr> <tr> <td>Transferts reçus</td> <td>4,7</td> </tr> <tr> <td>Revenus des capitaux</td> <td>1,7</td> </tr> <tr> <td>Autres ressources</td> <td>34,1</td> </tr> <tr> <td>Total des recettes</td> <td>1 873,2</td> </tr> </table>	Cotisations effectives	1 106,6	Cotisations fictives	201,5	Contributions publiques	62,8	Impôts et taxes affectés	461,8	Transferts reçus	4,7	Revenus des capitaux	1,7	Autres ressources	34,1	Total des recettes	1 873,2	<p>Art. 6.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>(En milliards de francs)</i></p> <table border="0"> <tr> <td>Cotisations effectives</td> <td>1 043,0</td> </tr> <tr> <td>Cotisations fictives</td> <td>201,5</td> </tr> <tr> <td>Contributions publiques</td> <td>67,1</td> </tr> <tr> <td>Impôts et taxes affectés</td> <td>515,6</td> </tr> <tr> <td>Transferts reçus</td> <td>4,7</td> </tr> <tr> <td>Revenus des capitaux</td> <td>1,7</td> </tr> <tr> <td>Autres ressources</td> <td>34,1</td> </tr> <tr> <td>Total des recettes</td> <td>1 867,7</td> </tr> </table>	Cotisations effectives	1 043,0	Cotisations fictives	201,5	Contributions publiques	67,1	Impôts et taxes affectés	515,6	Transferts reçus	4,7	Revenus des capitaux	1,7	Autres ressources	34,1	Total des recettes	1 867,7	<p>Art. 6.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p><i>(En milliards de francs)</i></p> <table border="0"> <tr> <td>Cotisations effectives</td> <td>1.086,8</td> </tr> <tr> <td>Cotisations fictives</td> <td>201,5</td> </tr> <tr> <td>Contributions publiques</td> <td>62,8</td> </tr> <tr> <td>Impôts et taxes affectés</td> <td>461,6</td> </tr> <tr> <td>Transferts reçus</td> <td>4,7</td> </tr> <tr> <td>Revenus des capitaux</td> <td>1,7</td> </tr> <tr> <td>Autres ressources</td> <td>34,1</td> </tr> <tr> <td>Total des recettes</td> <td>1.853,2</td> </tr> </table>	Cotisations effectives	1.086,8	Cotisations fictives	201,5	Contributions publiques	62,8	Impôts et taxes affectés	461,6	Transferts reçus	4,7	Revenus des capitaux	1,7	Autres ressources	34,1	Total des recettes	1.853,2
Cotisations effectives	1 106,6																																																		
Cotisations fictives	201,5																																																		
Contributions publiques	62,8																																																		
Impôts et taxes affectés	461,8																																																		
Transferts reçus	4,7																																																		
Revenus des capitaux	1,7																																																		
Autres ressources	34,1																																																		
Total des recettes	1 873,2																																																		
Cotisations effectives	1 043,0																																																		
Cotisations fictives	201,5																																																		
Contributions publiques	67,1																																																		
Impôts et taxes affectés	515,6																																																		
Transferts reçus	4,7																																																		
Revenus des capitaux	1,7																																																		
Autres ressources	34,1																																																		
Total des recettes	1 867,7																																																		
Cotisations effectives	1.086,8																																																		
Cotisations fictives	201,5																																																		
Contributions publiques	62,8																																																		
Impôts et taxes affectés	461,6																																																		
Transferts reçus	4,7																																																		
Revenus des capitaux	1,7																																																		
Autres ressources	34,1																																																		
Total des recettes	1.853,2																																																		
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>LIVRE V</p> <p>Prestations familiales et prestations assimilées.</p> <p>TITRE V</p> <p>Dispositions communes</p> <p>CHAPITRE PREMIER</p> <p>Etablissement du salaire de base</p>	<p>TITRE III</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE</p> <p>Section 1</p> <p>Branche famille</p>	<p>TITRE III</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE</p> <p>Section 1</p> <p>Branche famille</p>	<p>TITRE III</p> <p>DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE</p> <p>Section 1</p> <p>Branche famille</p>																																																
	<p>Art. 7.</p> <p>I. - L'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>	<p>Art. 7.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 7.</p> <p>Sans modification</p>																																																
Art. L. 551-1. - Le	« Art. L. 551-1. - Le																																																		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>montant des prestations familiales est déterminé d'après des bases mensuelles de calcul fixées par décret, deux ou plusieurs fois par an, de façon à compenser totalement ou partiellement la charge que le ou les enfants représentent pour la famille.</p>	<p>montant des prestations familiales est déterminé d'après des bases mensuelles de calcul revalorisées par décret, une ou plusieurs fois par an, conformément à l'évolution des prix à la consommation hors tabac prévue dans le rapport économique, social et financier annexé à la loi de finances pour l'année civile à venir.</p>		
<p>Ces bases mensuelles de calcul évoluent en fonction de l'augmentation des prix et de la participation des familles aux progrès de l'économie. Elles peuvent aussi évoluer en fonction de la progression générale des salaires moyens ou du salaire minimum interprofessionnel de croissance.</p>	<p>« Si l'évolution constatée des prix à la consommation hors tabac est différente de celle qui avait été initialement prévue, il est procédé à un ajustement destiné à assurer, pour l'année civile suivante, une évolution des bases mensuelles conforme à l'évolution des prix à la consommation hors tabac. »</p>		
	<p>II. - Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2000.</p>		
	<p>Pour l'année 2000, il est fait application du mécanisme d'ajustement découlant du deuxième alinéa de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale au titre de l'évolution constatée en moyenne annuelle de l'indice des prix hors tabac de l'année 1999. Le montant des bases mensuelles issu de ce calcul est majoré, à titre exceptionnel, de 0,3 %.</p>		
<p>CHAPITRE 2 Champ d'application</p>	<p>Art. 8.</p>	<p>Art. 8.</p>	<p>Art. 8.</p>
<p>Art. L. 512-3. - Sous réserve des règles particulières à chaque prestation, ouvre droit aux</p>	<p>I. - L'article L. 512-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p>	<p>Sans modification</p>	<p>I. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>prestations familiales : 3°) tout enfant d'âge inférieur à un âge limite, et dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2°, à condition qu'il poursuive des études, ou qu'il soit placé en apprentissage ou en stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du travail, ou qu'il ait droit à l'allocation d'éducation spéciale ou se trouve, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité constatée de se livrer à une activité professionnelle.</p>	<p>1° Le 3° est abrogé ;</p> <p>2° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Toutefois, pour l'attribution du complément familial et de l'allocation de logement mentionnés aux 3° et 4° de l'article L. 511-1 et à l'article L. 755-21, l'âge limite peut être différent de celui mentionné au 2° du présent article. »</p> <p>II. - Les dispositions du 2° du I sont applicables, à compter du 1er janvier 2000, au titre des enfants nés à compter du 1er janvier 1980.</p>		<p>II. - Non modifié</p>
<p>Loi n° 94-629 du 25 Juillet 1994 relative à la famille</p> <p>TITRE IV Mesures en faveur des familles ayant de jeunes adultes à charge et du logement</p> <p>Art. 22. - I Au plus tard le 31 décembre 1999, les limites d'âge d'ouverture du</p>	<p>III. - L'article 22 de la loi n° 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille est</p>		<p>III. - L'article 22 de la loi n 94-629 du 25 juillet 1994 relative à la famille est</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>droit aux prestations familiales mentionnées à l'article L. 512-3 du code de la sécurité sociale sont relevées dans les conditions suivantes :</p> <p>1° Est relevé, par priorité, l'âge limite visé au 2° de cet article ;</p> <p>2° L'âge limite visé au 3° de cet article est relevé successivement pour le droit :</p> <p>a) A l'allocation de logement familiale visée aux articles L. 542-1 et L. 755-21 du code de la sécurité sociale et à l'aide personnalisée au logement visée à l'article L. 351-1 du code de la construction et de l'habitation ;</p> <p>b) A l'allocation d'éducation spéciale, sur demande conjointe de l'intéressé et de la personne dont il est à charge ;</p> <p>c) A l'allocation de soutien familial et à l'allocation de parent isolé ;</p> <p>d) Au complément familial visé à l'article L. 522-1 du code de la sécurité sociale ;</p> <p>e) Aux allocations familiales et à leurs majorations pour âge visées aux articles L. 521-1, L. 521-3 et L. 755-11 du code de la sécurité sociale dues aux familles ayant au moins trois enfants à charge ;</p> <p>f) Aux allocations familiales et à leurs majorations pour âge visées aux articles L. 521-1, L. 521-3, L. 755-11 et L. 755-12 du code de la sécurité sociale dues aux familles ayant moins de trois enfants à charge</p>	<p>abrogé au 31 décembre 1999.</p>		<p><i>ainsi modifié :</i></p> <p><i>1° Dans le premier alinéa du I et à la fin du II, la date : « 31 décembre 1999 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2002 ».</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>II.- Il est procédé aux relèvements des limites d'âge d'ouverture du droit aux prestations familiales prévus au I ainsi qu'à des mesures améliorant les conditions d'accès au logement des familles, après constatation d'un excédent de ressources disponibles des régimes de prestations familiales pour l'exercice précédent jusqu'au 31 décembre 1998. Toutefois, le relèvement des limites d'âge prévu au I doit être effectué avant le 31 décembre 1999.</p>			
<p>III.- Par dérogation aux dispositions des I et II ci-dessus, dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 du code de la sécurité sociale, est relevé, à compter du 1er avril 1995, pour le droit à l'allocation de logement familiale mentionnée à l'article L. 755-21 dudit code, l'âge limite visé respectivement aux 2° et 3° de l'article L. 512-3 du même code.</p>			
<p>Code de la sécurité sociale.</p>			
<p>Art. L. 755-21. - L'allocation de logement est attribuée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 aux personnes comprises dans le champ d'application des 3°, 4° et 5° de l'article L. 542-1, de l'article 1142-12 du code rural et aux personnes qui ont au moins un enfant à charge au sens de l'article L. 512-3</p>			
<p>.....</p>	<p>IV. - A l'article L. 755-21 du code de la sécurité sociale, il est inséré, après le premier alinéa, un alinéa ainsi rédigé :</p>		<p>2° A la fin de la première phrase du II, la date : « 31 décembre 1998 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2001 ».</p>
	<p>« Un décret fixe l'âge</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>limite pour l'ouverture du droit à cette allocation pour tout enfant dont la rémunération n'excède pas le plafond mentionné au 2° de l'article L. 512-3 à condition qu'il poursuive des études, ou qu'il soit placé en apprentissage ou en stage de formation professionnelle au sens du livre IX du code du travail, ou qu'il se trouve, par suite d'infirmité ou de maladie chronique, dans l'impossibilité constatée de se livrer à une activité professionnelle. »</p> <p>Art. 9.</p> <p>La Caisse nationale des allocations familiales bénéficie d'une garantie de ressources pour la période courant du 1er janvier 1998 au 31 décembre 2002.</p> <p>Les ressources de la Caisse nationale des allocations familiales perçues au titre de l'année 2002 ne seront pas inférieures aux ressources de cette caisse pour l'année 1997 revalorisées, déduction faite de la subvention versée par l'Etat au titre de la majoration d'allocation de rentrée scolaire et d'un montant équivalent aux ressources transférées en 2000 à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en vertu de l'article 10 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.</p> <p>Dans le cas contraire,</p>	<p>Art. 9.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 9.</p> <p>La Caisse nationale ...</p> <p>... du 1^{er} janvier 1999 au 31 décembre 2003.</p> <p>Les ressources ...</p> <p>... l'année 2003 ne seront pas ...</p> <p>... pour l'année 1998 revalorisées, ...</p> <p>... universelle.</p> <p>Dans le cas ...</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>TITRE V DU LIVRE II Régime financier CHAPITRE 1^{ER} Gestion des risques et fonds SECTION 2 Assurance vieillesse et assurance veuvage</p>	<p>constaté à l'issue de la période mentionnée au premier alinéa par la Commission des comptes de la sécurité sociale, un versement à la Caisse nationale des allocations familiales permet, dans les conditions prévues par la loi de financement de la sécurité sociale, de combler la différence observée.</p> <p>La revalorisation mentionnée au deuxième alinéa est égale à l'évolution du produit intérieur brut en valeur aux prix courants sur l'ensemble de la période visée au premier alinéa, mentionnée dans le rapport sur les comptes de la Nation.</p> <p>Section 2</p> <p>Branche vieillesse</p> <p>Art. 10.</p> <p>I. - A la section 2 du chapitre Ier du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 251-6-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 251-6-1.- La Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés affecte au fonds de réserve pour les retraites mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 :</p> <p>« 1° Le résultat excédentaire de l'exercice clos de chacun des fonds dont elle a la gestion, à l'exception de celui du régime spécial mentionné à</p>	<p>Section 2</p> <p>Branche vieillesse</p> <p>Art. 10.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 251-6-1. - Non modifié</p>	<p>... un versement de l'Etat à la Caisse nationale ...</p> <p>... par les lois de finances et de financement ...</p> <p>... observée.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Section 2</p> <p>Branche vieillesse</p> <p>Art. 10.</p> <p>Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>CHAPITRE 5 DU TITRE III DU LIVRE 1^{ER} Fonds de solidarité vieillesse SECTION 2 Fonds de réserve</p>	<p>l'article L. 715-1 ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe chaque année la date de ce versement ;</p> <p>« 2° Le cas échéant, en cours d'exercice, un montant représentatif d'une fraction de l'excédent prévisionnel de l'exercice tel que présenté par la Commission des comptes de la sécurité sociale lors de sa réunion du second semestre de ce même exercice ; un arrêté conjoint des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget détermine les montants à verser ainsi que les dates de versement. »</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>3° (<i>nouveau</i>) Il est inséré un 3° <i>bis</i> ainsi rédigé : « 3° <i>bis</i> Une fraction</p>	<p>I. - L'article L. 135-6 du même code est ainsi modifié :</p> <p>1° Le 3° devient le 4° ;</p> <p>2° Il est inséré un 3° ainsi rédigé :</p> <p>« 3° Les montants résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 ; ».</p>
<p>Art. L. 135-6. - Les recettes du fonds affectées aux missions définies au deuxième alinéa de l'article L. 135-1 sont constituées par :</p> <p>.....</p> <p>3° Toute ressource affectée au fonds de réserve en vertu de dispositions législatives.</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. L. 351-11. - Un arrêté interministériel fixe :</p> <p>1° Le coefficient de majoration applicable aux salaires et aux cotisations servant de base au calcul des pensions ou rentes ;</p>	<p>III. - Les dispositions du présent article s'appliquent à compter de l'exercice comptable 1999.</p> <p>Art. 11.</p> <p>L'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 351-11. - Au titre de l'année 2000, le coefficient de revalorisation applicable au 1er janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 1,005. »</p>	<p>égale à 49 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16 ; ».</p> <p>III. - Non modifié</p> <p>IV. (<i>nouveau</i>).- Le II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p> <p>« II. - Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :</p> <p>« - 49 % au fonds mentionné à l'article L. 135-6 ;</p> <p>« - 8 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;</p> <p>« - 30 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés ;</p> <p>« - 13 % à la Caisse nationale des allocations familiales. »</p>	<p>Art. 11.</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>2° Le coefficient de revalorisation applicable aux pensions déjà liquidées.</p> <p>Ces coefficients sont fixés conformément au taux prévisionnel d'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation de tous les ménages hors les prix du tabac, qui est prévu, pour l'année civile considérée, dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances.</p>	<p>Art. 12.</p> <p>Au dernier alinéa de l'article L. 161-22 et au premier alinéa de l'article L. 634-6 du code de la sécurité sociale, à l'article</p>	<p>Art. 12.</p> <p>Sans modification</p>	<p><i>Art. additionnel après l'Article 11</i></p> <p><i>Le Gouvernement présentera au Parlement, avant le dépôt du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, un rapport retraçant la situation du Fonds national de l'assurance veuvage depuis sa création. Ce rapport étudiera également les modalités d'une revalorisation significative du montant des prestations d'assurance veuvage.</i></p> <p>Art. 12.</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>assurés exerçant une activité non-salariée, à la cessation définitive de cette activité.</p> <p>Les dispositions du présent article sont applicables jusqu'au 31 décembre 1999.</p> <p>Art. L. 634-6. - Le service d'une pension de vieillesse prenant effet postérieurement au 30 juin 1984 , liquidée au titre des régimes d'assurance vieillesse des professions artisanales, industrielles et commerciales, et dont l'entrée en jouissance intervient à compter d'un âge fixé par décret en Conseil d'Etat, est subordonné, jusqu'au 31 décembre 1999, à la cessation définitive de l'activité non salariée ou, pour les assurés exerçant une activité salariée, à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur.</p>	<p>L. 353-1 du code rural et à l'article 14 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, la date : « 31 décembre 1999 » est remplacée par la date : « 31 décembre 2000 ».</p>		
<p>Loi n° 87-563 du 17 Juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon TITRE IER Assurance vieillesse de base</p> <p>Art. 14. - Le service d'une pension de vieillesse prenant effet postérieurement à l'entrée en vigueur de la présente loi est subordonné à la rupture définitive de tout lien professionnel avec l'employeur ou, pour les assurés exerçant une activité non salariée, à la cessation</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>_____</p> <p>définitive de cette activité.</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>	<p>_____</p>
<p>Les dispositions du présent article sont applicables jusqu'au 31 décembre 1999.</p>	<p>Art. 13.</p>	<p>Art. 13.</p>	<p>Art. 13.</p>
	<p>Un prélèvement est effectué sur le fonds de réserve et de compensation, prévu à l'article R. 642-4 du code de la sécurité sociale, au profit du régime obligatoire géré dans le cadre de l'article L. 644-1 du même code par la Caisse interprofessionnelle de prévoyance et d'assurance vieillesse, pour financer l'opération d'intégration dans ladite caisse de la Caisse autonome de retraite des géomètres-experts, experts agricoles et fonciers.</p> <p>Le montant de ce prélèvement, qui ne peut excéder le tiers des ressources disponibles au 31 décembre 1999 du fonds mentionné au précédent alinéa, est fixé par le conseil d'administration de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des professions libérales.</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
		<p>Art. 13 bis (nouveau).</p> <p>Pour les périodes d'activité antérieures au 1^{er} janvier 1973 accomplies dans les régimes d'assurance vieillesse de base des travailleurs non salariés des professions artisanales, industrielles et commerciales, les intéressés peuvent effectuer un versement de</p>	<p>Art. 13 bis.</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la santé publique</p> <p>Art. L. 355-23.- Dans chaque département, le représentant de l'Etat désigne au moins une consultation destinée à effectuer de façon anonyme et gratuite la prévention, le dépistage et le diagnostic de l'infection par le virus de l'immunodéficience humaine ainsi que l'accompagnement dans la recherche de soins appropriés.</p> <p>.....</p>	<p>Section 3</p> <p>Branche maladie</p> <p>Art. 14.</p> <p>I. - Le troisième alinéa de l'article L. 355-23 du code de la santé publique est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :</p>	<p>cotisations arriérées, dès lors qu'ils sont à jour, à la date dudit versement, du paiement des cotisations échues depuis le 1^{er} janvier 1973 dans les régimes obligatoires d'assurance vieillesse et invalidité-décès de ces professions.</p> <p>Le montant au 1^{er} avril 1972 des cotisations faisant l'objet de cette régularisation de cotisations est revalorisé par application des coefficients dont ont été affectées les valeurs des points de retraite entre cette date et la date à laquelle est effectué le versement.</p> <p>La demande de régularisation doit porter sur l'intégralité des cotisations dues ; elle doit être présentée dans l'année suivant l'entrée en vigueur du décret en Conseil d'Etat qui fixera les conditions d'application du présent article.</p> <p>Section 3</p> <p>Branche maladie</p> <p>Art. 14.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>La demande ...</p> <p>... dans <i>les deux années</i> suivant ...</p> <p>... présent article.</p> <p>Section 3</p> <p>Branche maladie</p> <p>Art. 14.</p> <p>Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Un décret fixe les modalités d'application du présent article, ainsi que les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes aux missions énoncées aux premier et deuxième alinéas sont prises en charge par l'Etat et les organismes d'assurance maladie.</p>	<p>« Les dépenses afférentes aux missions énoncées dans le présent article sont prises en charge par l'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de la sécurité sociale.</p> <p>« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »</p>		
<p>TITRE VII DU LIVRE 1^{ER} Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes CHAPITRE 4 Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements</p>	<p>II. - Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 9 intitulée : « Dépenses relatives aux prestations dispensées dans des consultations à vocation préventive » qui comprend l'article L. 174-16 ainsi rédigé :</p> <p>« <i>Art. L. 174-16. - I. -</i> Les dépenses des consultations de dépistage anonymes et gratuites prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et réalisées dans les établissements de santé soumis au régime de financement institué à l'article L. 174-1 sont incluses dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Loi n° 67-1176 du 28 Décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique</p>	<p>par l'article L. 174-1.</p> <p>« La répartition des sommes versées aux établissements au titre de l'alinéa précédent est effectuée chaque année suivant la répartition de la dotation globale hospitalière pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application de l'article L. 174-2.</p> <p>« Ces dépenses sont incluses dans l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements prévu à l'article L. 174-1-1.</p> <p>« II. - Les dépenses des consultations de dépistage prévues à l'article L. 355-23 du code de la santé publique et effectuées dans des structures autres que celles mentionnées au I sont prises en charge par l'assurance maladie sous la forme d'une dotation forfaitaire annuelle.</p> <p>« Les modalités d'application du présent II sont fixées par décret. »</p>		
<p>Art. 6 bis. - Sans préjudice des dispositions du titre II du livre III du code de la santé publique, les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent, dans le cadre de</p>	<p>III. - L'article 6 bis de la loi n° 67-1176 du 28 décembre 1967 relative à la régulation des naissances et abrogeant les articles L. 648 et L. 649 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p> <p>« Art. 6 bis. - Sans préjudice des dispositions du titre II du livre III du code de la santé publique, les centres de planification ou d'éducation familiale peuvent, dans le cadre de</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent, à titre gratuit et de manière anonyme, le dépistage et le traitement de ces maladies en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes ne bénéficiant pas de prestations maladie versées par un régime légal ou réglementaire. Un décret pris après avis du conseil supérieur d'hygiène publique de France fixe les modalités d'application du présent article. Ce même décret fixe également les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage et à ce traitement sont prises en charge par l'Etat et les organismes d'assurance maladie.</p>	<p>leurs activités de prescription contraceptive et sous la responsabilité d'un médecin, assurer le dépistage et le traitement de maladies transmises par la voie sexuelle. Ils assurent de manière anonyme le dépistage et le traitement de ces maladies. Ils interviennent à titre gratuit en faveur des mineurs qui en font la demande et des personnes qui ne relèvent pas d'un régime de base d'assurance maladie ou qui n'ont pas de droits ouverts dans un tel régime. Dans ces cas, les dépenses relatives au dépistage et au traitement sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie et à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base aux remboursements. Un décret pris après avis du Conseil supérieur d'hygiène publique de France fixe les modalités d'application du présent article. Ce décret fixe également les conditions dans lesquelles les dépenses afférentes à ce dépistage et à ce traitement sont prises en charge par les organismes d'assurance maladie sur la base des tarifs déterminés dans les conditions prévues au chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. »</p>		
	IV. - Les dispositions		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">—————</p> <p>Loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et à la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses</p> <p>Art. 1^{er}.- Le livre III du code de la santé publique est complété ainsi qu'il suit : Titre VII.- Lutte contre la toxicomanie.</p>	<p style="text-align: center;">—————</p> <p>du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000.</p> <p style="text-align: center;">Art. 15.</p> <p>I. - L'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses est ainsi rédigé :</p>	<p style="text-align: center;">—————</p> <p style="text-align: center;">Art. 15.</p> <p style="text-align: center;">Sans modification</p>	<p style="text-align: center;">—————</p> <p style="text-align: center;">Art. 15.</p> <p style="text-align: center;"><i>Supprimé</i></p>
<p>Art. 3. - Les dépenses de prévention résultant de l'application de l'article 1^{er} ainsi que les dépenses d'hospitalisation et de soins des personnes visées au chapitre III dudit article, sont à la charge de l'Etat.</p>	<p style="text-align: center;">« Art. 3. - Les dépenses de prévention résultant du titre VI du livre III du code de la santé publique, ainsi que les dépenses de soins des personnes mentionnées à l'article L. 355-21 de ce code, sont à la charge de l'Etat.</p> <p style="text-align: center;">« Toutefois, lorsque la cure de désintoxication est réalisée avec hébergement dans un établissement de santé, les dépenses afférentes à la cure sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la santé publique</p>	<p>la sécurité sociale. »</p>		
<p>Art. L. 628-5. - La cure de désintoxication prévue par les articles L. 628-2 et L. 628-3 sera subie soit dans un établissement spécialisé, soit sous surveillance médicale. L'autorité judiciaire sera informée de son déroulement et de ses résultats par le médecin responsable. Un décret en Conseil d'Etat fixera les conditions dans lesquelles la cure sera exécutée.</p>	<p>II. - Le second alinéa de l'article L. 628-5 du code de la santé publique est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :</p>		
<p>Les dépenses d'aménagement des établissements de cure ainsi que les frais d'hospitalisation, de cure et de surveillance médicale entraînés par l'application des articles L. 628-1 à L. 628-3 seront pris en charge par l'Etat. Le décret visé ci-dessus fixera les modalités d'application de cette disposition.</p>	<p>« Les dépenses d'aménagement des établissements de cure ainsi que les dépenses de soins entraînés par l'application des articles L. 628-1 à L. 628-3 sont prises en charge par l'Etat.</p>		
	<p>« Toutefois, lorsque la cure de désintoxication est réalisée avec hébergement dans un établissement de santé, les dépenses afférentes à la cure sont prises en charge par les régimes d'assurance maladie, sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie, à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement ainsi qu'au forfait mentionné à l'article L. 174-4 du code de</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>CHAPITRE IV DU TITRE VII DU LIVRE IER</p>	<p>la sécurité sociale.</p> <p>« Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application des dispositions des deux alinéas précédents. »</p> <p>III. - Au chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est créé une section 10 ainsi rédigée :</p> <p>« <i>Section 10</i></p> <p>« <i>Dépenses afférentes aux cures de désintoxication</i></p> <p>« <i>Art. L. 174-17.</i> - Dans les établissements de santé régis par l'article L. 174-1, les dépenses liées à une cure de désintoxication réalisées avec hébergement et prises en charge par l'assurance maladie au titre de l'article 3 de la loi n° 70-1320 du 31 décembre 1970 relative aux mesures sanitaires de lutte contre la toxicomanie et la répression du trafic et de l'usage illicite des substances vénéneuses et de l'article L. 628-5 du code de la santé publique sont incluses dans la dotation globale annuelle des établissements concernés, dans les conditions prévues par l'article L. 174-1.</p> <p>« La répartition des sommes versées aux établissements au titre du précédent alinéa est effectuée chaque année suivant la répartition de la dotation globale hospitalière pour l'année considérée, telle qu'elle résulte de l'application</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la santé publique. Livre VII Etablissements de santé, thermo-climatisme, laboratoires</p>	<p>de l'article L. 174-2.</p> <p>« Les dépenses mentionnées au premier alinéa sont incluses dans l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements prévu à l'article L. 174-1-1. »</p>		
	<p>IV. - Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2000.</p>		
	<p>Art. 16.</p>	<p>Art. 16.</p>	<p>Art. 16.</p>
	<p>I. - Le livre VII du code de la santé publique est ainsi modifié :</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>I - Alinéa sans modification</p>
	<p>1° L'intitulé du livre VII est ainsi rédigé : « Etablissements de santé, thermo-climatisme, laboratoires et centres de santé » ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
	<p>2° Il est ajouté un titre IV ainsi rédigé :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>2° Alinéa sans modification</p>
	<p>« TITRE IV</p>	<p>Division et intitulé</p>	<p>Division et intitulé</p>
	<p>« CENTRES DE SANTÉ</p>	<p>sans modification</p>	<p>sans modification</p>
	<p>« Art. L. 765 -I. - Les centres de santé assurent des activités de soins sans hébergement et participent à des actions de santé publique ainsi qu'à des actions de prévention et d'éducation pour la santé.</p>	<p>« Art. L. 765 -I. - Les centressanté et à des actions sociales.</p>	<p>« Art. L. 765-1 - Alinéa sans modification</p>
	<p>« Ils sont créés et gérés soit par des organismes à but non lucratif, à l'exception des établissements de santé mentionnés au titre Ier du présent livre, soit par des</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>« Ils ...</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>TITRE VI DU LIVRE 1^{ER} Dispositions relatives aux prestations et aux soins - Contrôle médical - Tutelle aux prestations sociales CHAPITRE 2 Dispositions générales relatives aux soins SECTION 7 Tarification des soins et agrément des appareils</p> <p>Art. L. 162-32. - Lorsque les soins sont délivrés par un centre de santé agréé et ayant passé avec la caisse primaire d'assurance maladie une convention conforme à une convention type fixée par décret, les tarifs d'honoraires applicables sont ceux fixés pour chacune des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux dans les conditions prévues par les dispositions des sections 1 et 2 du présent chapitre. A défaut de convention conclue entre la caisse primaire et le centre de santé, les conventions ou tarifs mentionnés aux articles</p>	<p>collectivités territoriales. Ils sont soumis à l'agrément de l'autorité administrative, dans des conditions prévues à l'article L. 162-32 du code de la sécurité sociale. »</p> <p>II. - La section 7 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :</p> <p>« Section 7</p> <p>« Centres de santé</p> <p>« Art. L. 162-32. - L'agrément des centres de santé prévu à l'article L. 765-1 du code de la santé publique est délivré par l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionneront dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité.</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art. L. 162-32. - Alinéa sans modification</p>	<p>... soumis, dans des conditions fixées par décret, à l'agrément de l'autorité administrative, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces centres fonctionnent dans des conditions conformes à des prescriptions techniques correspondant à leur activité. Seuls les centres de santé agréés peuvent dispenser des soins aux assurés sociaux. »</p> <p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>« Art. L. 162-32. - Alinéa supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>susvisés s'appliquent de plein droit dans des conditions fixées par décret. L'agrément est délivré par l'autorité administrative dans des conditions fixées par décret, sous réserve du résultat d'une visite de conformité, au vu d'un dossier justifiant que ces établissements fonctionneront dans des conditions conformes aux prescriptions techniques déterminées par voie réglementaire.</p>			
<p>Les caisses primaires d'assurance maladie versent, dans des conditions fixées par décret, une subvention égale à une partie des cotisations dues par les centres de santé en application de l'article L. 241-1 pour les personnels qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux mentionnés au premier alinéa. Lorsque le personnel des centres de soins infirmiers est affilié aux assurances sociales agricoles, la partie, déterminée dans les conditions fixées à l'alinéa précédent, des cotisations d'assurance maladie versées en application de l'article 1031 du code rural est prise en charge par la caisse de mutualité sociale agricole compétente et imputée sur les dépenses d'assurance maladie.</p>	<p>« Les caisses primaires d'assurance maladie versent aux centres de santé une subvention égale à une partie des cotisations dues par ces centres en application de l'article L. 241-1 pour les personnes qu'ils emploient et qui relèvent des catégories de praticiens ou d'auxiliaires médicaux relevant des sections 1 et 2 du présent chapitre.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. L. 162-32. - Les caisses centres de santé qui ont adhéré à la convention nationale dans les conditions prévues à l'article L 162-32-2 ... une subvention égale chapitre.</p>
<p>Les dispositions de la convention nationale des médecins prises pour l'application du 6° de l'article L. 162-5 et des articles L. 162-5-2 à L. 162-5-6 sont</p>	<p>« Lorsque le personnel des centres de soins infirmiers est affilié aux assurances sociales agricoles, la partie des cotisations d'assurance maladie versées en application de l'article 1031 du code rural est prise en charge par la caisse de mutualité sociale agricole compétente et imputée sur les dépenses d'assurance maladie.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
		<p>« Les centres de santé font bénéficier les assurés sociaux de la dispense d'avance de frais pour la part garantie par l'assurance maladie.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>adaptées par décret aux actes médicaux dispensés par les centres de santé agréés.</p> <p>Les dispositions de la convention nationale des infirmiers prises pour l'application du 5° de l'article L. 162-12-2 et de l'article L. 162-12-4 sont adaptées par un décret aux soins infirmiers dispensés par les centres de santé agréés.</p>	<p>« Les conditions d'application du présent article, notamment celles relatives à l'agrément, aux prescriptions techniques ainsi qu'au versement de la subvention par les caisses primaires d'assurance maladie, sont fixées par décret.</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.</p> <p>« Cet accord détermine notamment :</p> <p>« 1° Les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des centres de santé ;</p> <p>« 2° Les conditions générales d'application des conventions mentionnées aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre aux différents professionnels exerçant dans des centres de santé ; ces conditions ne peuvent pas</p>	<p>« Les ...</p> <p>... maladie et à la dispense d'avance de frais, sont fixées par décret.</p> <p>« Art. L. 162-32-1. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>« Les conditions ...</p> <p>... article sont fixées par décret</p> <p>« Art. L. 162-32-1. - Les rapports ...</p> <p>... définis par une convention nationale conclue pour une durée ...</p> <p>... polyvalents.</p> <p>« Cette convention détermine notamment :</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale		Propositions de la commission	
	<p>modifier les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires déterminés par ces conventions ;</p>				
	<p>« 3° Les modalités d'organisation des actions de prévention sanitaire menées par les centres de santé ;</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans Alinéa modification</p>	<p>sans</p>	
	<p>« 4° Les mesures jugées appropriées pour favoriser l'accès aux soins des assurés sociaux et garantir la qualité et la coordination des soins ;</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans Alinéa modification</p>	<p>sans</p>	
	<p>« 5° Les conditions de la dispense de frais pour la part garantie par les organismes d'assurance maladie ;</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>	<p><i>Suppression maintenue</i></p>		
	<p>« 6° Les modes de rémunération, autres que le paiement à l'acte, des activités de soins ainsi que les modes de rémunération des activités non curatives des centres de santé et notamment d'actions de prévention et d'éducation pour la santé.</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans Alinéa modification</p>	<p>sans</p>	
	<p>« Art. L. 162-32-2. - L'accord national, ses annexes et avenants sont approuvés dans les conditions prévues à l'article L. 162-15.</p>	<p>« Art. L. 162-32-2. - Non modifié</p>	<p>« Art. L. 162-32-2. - « La convention nationale, ses annexes ...</p>	<p>l'article L. 162-15.</p>	
	<p>« Il est applicable aux centres de santé qui font connaître à la caisse primaire</p>			<p>« Elle est applicable ...</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>d'assurance maladie dans le ressort de laquelle ils sont situés, dans un délai fixé par cet accord, qu'ils souhaitent y adhérer.</p> <p>« A défaut d'accord national, les tarifs applicables aux centres de santé sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. Ces dispositions sont également applicables aux centres de santé qui n'ont pas adhéré à l'accord national.</p> <p>« Art. L. 162-32-3. - La caisse primaire d'assurance maladie peut décider de placer un centre de santé hors de la convention pour violation des engagements prévus par l'accord national ; cette décision doit être prononcée selon les conditions prévues par cet accord et permettre au centre de présenter ses observations ; elle ne fait pas obstacle à l'application des dispositions de l'article L. 133-4 et du chapitre V du titre IV du livre Ier.</p> <p>« Lorsqu'un centre de santé est placé hors de la convention par la caisse primaire d'assurance maladie, les tarifs qui lui sont applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre. »</p> <p>III. - L'ensemble des centres de santé agréés dans le cadre des dispositions</p>	<p>« Art. L. 162-32-3. - Non modifié</p> <p>III. - Non modifié</p>	<p>...fixé par cette convention, qu'ils... ... adhérer.</p> <p>A défaut de convention nationale, les tarifs ...</p> <p>... pas adhéré à la convention nationale.</p> <p>« Art. L. 162-32-3 - La caisse primaire ...</p> <p>... prévus par ladite convention, cette décision ...</p> <p>... prévues par cette convention et permettre ...</p> <p>... du livre Ier.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>III. - L'ensemble ...</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<hr/>	<hr/> <p>applicables avant l'entrée en vigueur de la présente loi conservent le bénéfice de l'agrément qui leur a été antérieurement accordé. Pour ceux des centres qui ne remplissent pas les conditions prévues à l'article L. 162-32, les tarifs applicables sont ceux fixés pour chacune des professions dans les conditions prévues aux sections 1, 2 et 3 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale.</p>	<hr/>	<hr/> <p>... accordé.</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>Art. 18.</p> <p>I. - La section 1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est complétée par un article L. 162-4-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 162-4-1. - Les médecins sont tenus de mentionner sur les documents produits en application de l'article L. 161-33 et destinés au service du contrôle médical :</p> <p>« 1° Lorsqu'ils établis-sent une prescription d'arrêt de travail donnant lieu à l'octroi de l'indemnité mentionnée au 5° de l'article L. 321-1, les éléments d'ordre médical justifiant l'interrup-tion de travail ;</p> <p>« 2° Lorsqu'ils établis- sent une prescription de transport en vue d'un remboursement, les éléments d'ordre médical précisant le motif du déplacement et justifiant le mode de transport prescrit.</p> <p>« Ils sont tenus en outre de porter sur ces mêmes documents les indications permettant leur identification par la caisse et l'authentification de leur prescription. »</p>	<p>Art. 18.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 18.</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-4-1. - Les médecins, quel que soit leur lieu ou mode d'exercice, sont tenus ...</p> <p>... médical :</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>
<p>Art. L. 321-1.- L'assurance maladie comporte : 2°) la couverture des frais de transport de l'assuré</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>ou des ayants droit se trouvant dans l'obligation de se déplacer pour recevoir les soins ou subir les examens appropriés à leur état ainsi que pour se soumettre à un contrôle prescrit en application de la législation de sécurité sociale, selon les règles définies par l'article L. 322-5 et dans les conditions et limites tenant compte de l'état du malade et du coût du transport fixées par décret en Conseil d'Etat ;</p> <p>5°) l'octroi d'indemnités journalières à l'assuré qui se trouve dans l'incapacité physique constatée par le médecin traitant de continuer ou de reprendre le travail ; l'incapacité peut être également constatée par la sage-femme dans la limite de sa compétence professionnelle et pour une durée fixée par décret ; toutefois, les arrêts de travail prescrits à l'occasion d'une cure thermique ne donnent pas lieu à indemnité journalière, sauf lorsque la situation de l'intéressé le justifie suivant des conditions fixées par décret.</p>	<p>II.- L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° Au 2°, les mots : « selon les règles définies par l'article L. 322-5 » sont remplacés par les mots : « selon les règles définies par les articles L. 162-4-1 et L. 322-5 » ;</p> <p>2° Le 5° est ainsi modifié :</p> <p>a) Après les mots : « l'incapacité physique constatée par le médecin traitant », sont insérés les mots : « , selon les règles définies par l'article L. 162-4-1, » ;</p> <p>b) Après les mots : « l'incapacité peut être également constatée », sont insérés les mots : « , dans les mêmes conditions, ».</p>		<p>II. - Non modifié</p>
<p>CHAPITRE V</p> <p>Contrôle médicale</p>	<p>Art. 19.</p> <p>I. - Après l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 315-2-1 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 315-2-1. - Si, au vu des dépenses présentées au remboursement, le service du</p>	<p>Art. 19.</p> <p>I. - Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 315-2-1. - Si, au ...</p>	<p>Art. 19.</p> <p>Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>CHAPITRE 5 DU TITRE I DU LIVRE VI</p> <p>Champ d'application du régime - Prestations</p> <p>SECTION 2</p> <p>Dispositions relatives aux soins - Contrôle médical</p> <p>SOUS-SECTION 3</p> <p>Contrôle médical</p> <p>Art. L. 615-13. - Les caisses mutuelles régionales mentionnées à l'article L. 611-1 assurent le contrôle médical dans des conditions prévues par décret en Conseil d'Etat. A cet effet, elles peuvent, le cas échéant, passer convention avec un autre organisme de sécurité sociale.</p> <p>.....</p> <p>Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et</p>	<p>contrôle médical estime nécessaire de procéder à une évaluation de l'intérêt thérapeutique, compte tenu de leur importance, des soins dispensés à un patient dans les cas autres que ceux mentionnés à l'article L. 324-1, il peut convoquer l'intéressé en vue, le cas échéant, de définir, conjointement avec un médecin de son choix, un plan de soins déterminant les soins et traitements appropriés.</p> <p>« Les modalités d'application de ces dispositions sont fixées par décret en Conseil d'Etat. »</p> <p>II. - Au troisième alinéa de l'article L. 615-13</p>	<p>... à un assuré dans les cas autres que ceux mentionnés à l'article L. 324-1, il peut convoquer l'intéressé. Le service du contrôle médical peut établir, le cas échéant conjointement avec un médecin choisi par l'assuré, des recommandations sur les soins et les traitements appropriés. Ces recommandations sont transmises à l'assuré par le médecin choisi par celui-ci, lorsque ces recommandations sont établies conjointement, ou à défaut, par le service du contrôle médical.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>II. - Non modifié</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>L. 315-3 sont applicables au régime d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles.</p>	<p>du même code, les mots : « , L. 315-2 et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « ,L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 ».</p>		
<p align="center">Code rural</p> <p align="center">CHAPITRE III-1 DU TITRE II DU LIVRE VII</p> <p align="center">Assurances maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées</p> <p align="center">SECTION 2</p> <p align="center">Prestations</p>			
<p>Art. 1106-2.- IV. - Les dispositions des articles L. 315-1, L. 315-2 et L. 315-3 du code de la sécurité sociale sont applicables au régime d'assurance maladie, invalidité et maternité des personnes non salariées des professions agricoles.</p>	<p>III. - Au début du IV de l'article 1106-2 du code rural, les mots : « , L. 315-2 et L. 315-3 » sont remplacés par les mots : « , L. 315-2, L. 315-2-1 et L. 315-3 ».</p>	<p>III. - Non modifié</p>	
<p align="center">Loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998)</p> <p align="center">TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES ET A LA TRESORERIE</p> <p align="center">SECTION 2</p> <p align="center">Branche maladie</p>	<p align="center">Art. 20</p>	<p align="center">Art. 20.</p>	<p align="center">Art. 20.</p>
<p>Art. 25. - I - Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1^{er} 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</p>	<p>Le fonds mentionné à l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est doté de 500 millions de francs au titre de l'exercice 2000.</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>exerçant en ville sont associés à la gestion du fonds.</p> <p>.....</p> <p>...</p>			
<p>(a) CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</p>			
<p>(a)</p>			
<p>Art. L. 138-10. - Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le Comité économique du médicament, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>.....</p> <p>...</p>	<p>Art. 21.</p>	<p>Art 21.</p>	<p>Art 21.</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>K = taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche</p>	<p>Pour la contribution due au titre de l'année 2000, est substitué le taux de 2 % au taux K mentionné dans le tableau figurant à l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>Sans modification</p>	<p><i>Supprimé</i></p>
	<p>Art. 22.</p>	<p>Art. 22.</p>	<p>Art. 22.</p>
	<p>I. - Les entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique sont redevables d'une contribution exceptionnelle au profit de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>Sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
	<p>Ne sont pas redevables les entreprises dont le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France du 1^{er} janvier au 31 décembre 1999 au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 du code de la sécurité sociale et L. 618 du code de la santé publique est inférieur à 100 millions de francs, sauf lorsqu'elles sont filiales à 50 % au moins d'une entreprise ou d'un groupe dont le chiffre d'affaires consolidé réalisé en France au titre des mêmes spécialités dépasse cette limite.</p>		
	<p>II. - La contribution est assise sur le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France du 1^{er} janvier au 31 décembre 1999 au titre des spécialités inscrites sur les listes mentionnées aux articles L. 162-17 du code de la sécurité sociale et L. 618</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
Code de la santé publique	<p>du code de la santé publique.</p> <p>III. - Le taux de la contribution est fixé par décret à un niveau compris entre 1,2 % et 1,3 %.</p> <p>IV. - Les entreprises mentionnées au I sont tenues de déclarer à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale les éléments nécessaires au calcul de la contribution avant le 15 mai 2000.</p> <p>La contribution est versée au plus tard le 1er septembre 2000.</p> <p>V. - La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sous les garanties et sanctions applicables pour le recouvrement de la contribution prévue à l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>Art. 22 <i>bis</i> (nouveau).</p> <p>L'article L. 601 du code de la santé publique est</p>	<p>Art. 22 <i>bis</i>.</p> <p>Supprimé</p>
<p>Toute spécialité pharmaceutique ou tout autre médicament fabriqué industriellement ainsi que tout générateur, trousse ou précurseur qui ne fait pas l'objet d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par la Communauté européenne en application du règlement (CEE) n° 2309/93 du Conseil du 22 juillet 1993 doit faire l'objet avant sa commercialisation ou sa distribution à titre gratuit, en gros ou en détail, d'une autorisation de mise sur le marché délivrée par l'Agence française de sécurité sanitaire</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>des produits de santé. Cette autorisation peut être assortie de conditions adéquates.</p> <p>Art. L. 162-1-7. - La prise en charge ou le remboursement par l'assurance maladie de tout acte, prestation ou fourniture, à l'exception des médicaments, lesquels relèvent de l'article L. 162-17 ou de l'article L. 618 du code de la santé publique, est subordonnée à leur inscription sur une liste établie après avis de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé mentionnée à l'article L. 791-1 du code de la santé publique, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p>(b) CODE DE LA SANTÉ PUBLIQUE.</p>	<p>Art. 23.</p> <p>I. - A l'article L. 162-1-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « tout acte, prestation ou fourniture, à l'exception des médicaments, lesquels relèvent de l'article L. 162-17 ou de l'article L. 618 du code de la santé publique, » sont remplacés par les mots : « tout acte ou prestation ».</p>	<p>complété par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>« Pour une spécialité générique visée au premier alinéa de l'article L. 601-6, l'autorisation de mise sur le marché peut être délivrée avant l'expiration des droits de propriété intellectuelle qui s'attachent à la spécialité de référence concernée. Toutefois, la commercialisation de cette spécialité générique ne peut intervenir qu'après l'expiration de ces droits. »</p> <p>Art. 23.</p> <p>I. - Non modifié</p>	<p>Art. 23.</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p style="text-align: center;">LIVRE VIII Institutions. CHAPITRE IV L'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé.</p> <p>Art. L. 791-2.- Au titre de sa mission d'évaluation des soins et des pratiques professionnelles dans les secteurs hospitalier et des soins de ville, l'agence nationale est chargée :</p> <p>.....</p> <p>3° De donner un avis sur la liste des actes, prestations et fournitures qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, à l'exception des médicaments ;</p> <p>.....</p>	<p>II. - Au 3° de l'article L. 791-2 du code de la santé publique, les mots : « actes, prestations et fournitures qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie, à l'exception des médicaments » sont remplacés par les mots : « actes ou prestations qui sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par les organismes d'assurance maladie ».</p>	<p>II. - Non modifié</p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p>	<p>III. - Le chapitre V du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :</p> <p>1° L'article L. 165-1 devient l'article L. 165-6 ;</p> <p>2° Sont insérés les articles L. 165-1 à L. 165-5 ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. 165-1 . - Le remboursement par l'assurance maladie des dispositifs médicaux à usage individuel, des tissus et</p>	<p>III. - Non modifié</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<hr/>	<p data-bbox="536 394 866 1317">cellules issus du corps humain quel qu'en soit le degré de transformation et de leurs dérivés, des produits de santé autres que les médicaments visés à l'article L. 162-17 et des prestations de services et d'adaptation associées est subordonné à leur inscription sur une liste établie après avis d'une commission dont le secrétariat est assurée par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé. L'inscription est effectuée soit par la description générique de tout ou partie du produit concerné soit sous forme de marque ou de nom commercial. L'inscription sur la liste peut elle-même être subordonnée au respect de spécifications techniques, d'indications thérapeutiques ou diagnostiques et de conditions particulières de prescription et d'utilisation.</p> <p data-bbox="536 1352 866 1637">« Les conditions d'application du présent article, notamment les conditions d'inscription sur la liste, ainsi que la composition et le fonctionnement de la commission, sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p> <p data-bbox="536 1673 866 1854">« La procédure et les conditions d'inscription peuvent être adaptées en fonction des dispositifs selon leur finalité et leur mode d'utilisation.</p> <p data-bbox="536 1890 866 2013">« <i>Art. L. 165-2</i> . - Les tarifs de responsabilité des produits mentionnés à l'article L. 165-1 sont établis</p>	<hr/>	<hr/>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après avis du Comité économique des produits de santé institué par l'article L. 162-17-3.</p> <p>« Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'application du présent article.</p> <p>« <i>Art. L. 165-3 .</i> - Les ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, sur proposition du Comité économique des produits de santé, peuvent fixer par arrêté les prix des produits mentionnés à l'article L. 165-1 dans les conditions prévues à l'article L. 162-38.</p> <p>« <i>Art. L. 165-4 .</i> - Le Comité économique des produits de santé est notamment chargé de proposer les tarifs de responsabilité et les prix pour les produits mentionnés à l'article L. 165-1.</p> <p>« Il peut, dans ce but, conclure, avec les fabricants ou les distributeurs, des conventions qui peuvent notamment porter sur les volumes de ventes. Dans le cadre de ces conventions, les entreprises ou groupement d'entreprises peuvent s'engager à faire bénéficier la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la Caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la Caisse centrale de la</p>		

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<hr/>	<p data-bbox="539 398 863 931">mutualité sociale agricole d'une remise sur tout ou partie du chiffre d'affaires réalisé en France sur les produits mentionnés à l'article L. 165-1 et pris en charge par l'assurance maladie. Le montant des remises est versé à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, qui les répartit entre les divers régimes d'assurance maladie selon la clé de répartition prise pour l'application de l'article L. 162-37.</p> <p data-bbox="539 972 863 1442">« Le Comité économique des produits de santé assure un suivi périodique des dépenses des produits mentionnés à l'article L. 165-1 en vue de constater si l'évolution de ces dépenses est compatible avec le respect de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. Ce suivi comporte au moins deux constats à l'issue des quatre et huit premiers mois de l'année.</p> <p data-bbox="539 1482 863 1603">« Les conditions d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<hr/>	<hr/>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>SECTION 4 DU CHAPITRE 2 DU TITRE 6 DU LIVRE I Pharmaciens, entreprises pharmaceutiques.</p>	<p>« Art. L. 165-5 . - Les fabricants et les distributeurs des produits mentionnés à l'article L. 165-1 dont le chiffre d'affaires hors taxes afférent aux ventes réalisées en France est supérieur à 5 millions de francs doivent déclarer chaque année à l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé les volumes vendus et le chiffre d'affaires réalisé en France des produits susmentionnés pris en charge par l'assurance maladie. »</p>	<p>IV. - Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 162-17-3. - I. - Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique du médicament. 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>IV. - La première phrase du I de l'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Art. L. 138-10. - Lorsque le chiffre d'affaires hors taxes réalisé en France, au cours de l'année civile, au titre des médicaments inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17, par l'ensemble des entreprises assurant l'exploitation d'une ou plusieurs spécialités pharmaceutiques au sens de l'article L. 596 du code de la santé publique et n'ayant pas passé convention avec le</p>	<p>« Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique des produits de santé. »</p> <p>Aux articles L. 138-10, L. 162-16-1, L. 162-17-3 et L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale, les mots : « Comité économique du médicament » sont remplacés</p>	<p>Aux articles L. 138-10, L. 162-16-4, L. 162-17-3 ...</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Comité économique du médicament, dans les conditions mentionnées au troisième alinéa ci-après, s'est accru, par rapport au chiffre d'affaires réalisé l'année précédente, au titre des médicaments inscrits sur ladite liste, par l'ensemble de ces mêmes entreprises, d'un pourcentage excédant le taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte du rapprochement des lois de financement de la sécurité sociale de l'année et de l'année précédente compte tenu, le cas échéant, des lois de financement rectificatives, ces entreprises sont assujetties à une contribution.</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 162-16-1. - Les rapports entre les organismes d'assurance maladie et l'ensemble des pharmaciens titulaires d'officine sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre une (ou plusieurs) organisation(s) syndicales(s) représentative(s) des pharmaciens titulaires d'officine, d'une part, et la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, d'autre part.</p> <p>La convention détermine notamment :</p> <p>1° Les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des pharmaciens titulaires d'officine ;</p>	<p>par les mots : « Comité économique des produits de santé ».</p>	<p>... santé ».</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>2° Les mesures tendant à favoriser la qualité de la dispensation pharmaceutique aux assurés sociaux, le bon usage du médicament et les conditions dans lesquelles les pharmaciens peuvent être appelés à participer à la coordination des soins ;</p> <p>3° Les thèmes de formation correspondant aux objectifs de l'assurance maladie susceptibles d'être retenus et les modalités de financement ;</p> <p>4° Les mesures tendant à favoriser le développement de la dispense d'avance des frais ;</p> <p>5° La participation des pharmaciens au développement des médicaments génériques.</p> <p>Le Conseil national de l'ordre des pharmaciens est, avant l'approbation, consulté sur les dispositions conventionnelles relatives à la déontologie.</p> <p>La convention et ses avenants, lors leur conclusion ou lors d'une tacite reconduction, n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'agriculture, de l'économie et du budget.</p> <p>L'arrêté peut, lorsque la convention ou un avenant de celle-ci comporte des clauses non conformes aux lois et règlements en vigueur, exclure ces clauses de l'approbation.</p> <p>Art. L. 162-17-3.- I.- Il est créé, auprès des ministres compétents, un Comité économique du médicament. Le comité</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>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>.....</p> <p>Art. L. 162-17-4.- En application des orientations qu'il reçoit annuellement des ministres compétents, le Comité économique du médicament peut conclure avec des entreprises ou groupes d'entreprises des conventions d'une durée maximum de quatre années relatives à un ou à des médicaments visés au premier alinéa de l'article L. 162-17. Ces conventions déterminent les relations entre le comité et chaque entreprise, et notamment :</p> <p>.....</p> <p>Lorsqu'une mesure d'interdiction de publicité a été prononcée par l'Agence du médicament dans les conditions prévues à l'article L. 551-6 du code de la santé publique, le Comité économique du médicament peut demander à l'entreprise concernée, dans le délai d'un mois à compter de la date de publication de la décision d'interdiction au Journal officiel, la modification des prix des médicaments fixés par convention faisant l'objet de l'interdiction de publicité ou le versement, en application de l'article L. 162-18, de remises sur le chiffre d'affaires de ces médicaments. Si l'avenant correspondant n'a pas été signé dans un délai de deux</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>mois à compter de la même date, le comité peut résilier la convention ; ces prix sont fixés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. Cette modification des prix ne peut entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.</p> <p>Lorsque la mesure d'interdiction de publicité mentionnée à l'alinéa précédent porte sur un médicament dont le prix est fixé par arrêté, le Comité économique du médicament peut, dans le délai d'un mois à compter de la date de publication de la décision d'interdiction au Journal officiel, proposer à l'entreprise concernée de conclure une convention modifiant les prix des médicaments faisant l'objet de l'interdiction de publicité ou prévoyant, en application de l'article L. 162-18, le versement de remises sur le chiffre d'affaires de ces médicaments. A défaut de conclusion d'une telle convention dans un délai de deux mois à compter de la même date, ces prix sont modifiés par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie, après avis du comité. Cette modification des prix ne peut entraîner une dépense supplémentaire pour l'assurance maladie.</p>	<p>V. - Les dispositions applicables à la date d'entrée en vigueur de la présente loi prévoyant, pour certaines catégories de produits visés à l'article L. 165-1 du code de</p>	<p>V. - Non modifié</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
CHAPITRE 4 DU TITRE 1 ^{ER} DU LIVRE III	la sécurité sociale, que le prix de vente ne peut excéder le tarif de responsabilité demeurent applicables jusqu'à ce que des dispositions ultérieures interviennent en application de l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'économie.	VI. - Non modifié	
Dispositions relatives aux soins.	VI. - L'article L. 314-1 du code de la sécurité sociale est abrogé à compter de la publication du décret en Conseil d'Etat prévu à l'article L. 165-1 du même code.		
Art. L. 314-1. - Les frais d'acquisition et de renouvellement des appareils sont remboursés d'après le tarif de responsabilité des caisses établi par les conventions conclues entre les caisses et les syndicats de fournisseurs et dans les limites d'un tarif fixé par arrêté ministériel.			
Les conditions de renouvellement des appareils sont fixées par décret.			
SECTION 4 DU CHAPITRE 2 DU TITRE VI DU LIVRE 1 ^{ER}			
Art. L. 162-17.- Les médicaments spécialisés, mentionnés à l'article L 601 du code de la santé publique, ne peuvent être pris en charge ou donner lieu à remboursement par les caisses d'assurance maladie que s'ils figurent sur une liste établie dans les conditions fixées par décret en Conseil			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>d'Etat. La liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments.</p>			
<p>..... Les fournitures pharmaceutiques autres que les médicaments sont remboursées d'après un tarif de responsabilité établi par le règlement intérieur des caisses dans les limites d'un tarif fixé par arrêté ministériel. Ce règlement définit, en outre, les conditions dans lesquelles est effectué ce remboursement.</p>	<p>VII. - Le troisième alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale est abrogé.</p>	<p>VII. - Non modifié</p>	
	<p>VIII. - Au chapitre Ier du livre V <i>bis</i> du code de la santé publique, il est inséré un article L. 665-7-1 ainsi rédigé :</p>	<p>VIII. - Non modifié</p>	
<p>« Art. L. 665-7-1. - Dans l'intérêt de la santé publique, des arrêtés du ministre chargé de la santé fixent, en tant que de besoin, les conditions particulières relatives à la délivrance des dispositifs mentionnés à l'article L. 665-3. »</p>			
<p>Code de la sécurité sociale. SECTION 5 DU CHAPITRE 2 DU TITRE VI DU LIVRE I^{ER} Etablissements de soins.</p>	<p>Art. 24.</p>	<p>Art. 24.</p>	<p>Art. 24.</p>
	<p>I. - Les articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>	<p>I. - Alinéa sans modification</p>
<p>Art. L. 162-22-1. - Un contrat tripartite national est conclu, pour cinq ans, entre, d'une part, les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, d'autre part,</p>	<p>« Art. L. 162-22-1. - Pour les établissements de santé mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, un décret en Conseil d'Etat, pris après</p>	<p>« Art. L. 162-22-1. - Alinéa sans modification</p>	<p>« Art. L. 162-22-1. - Pour publique, un contrat tripartite conclu pour</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale de l'assurance maladie et, enfin, une au moins des organisations syndicales membres du comité professionnel national de l'hospitalisation privée mentionné au deuxième alinéa de l'article L. 162-22-2. Il détermine :</p>	<p>avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine :</p>		<p><i>cinq ans entre l'Etat, la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie ainsi qu'une au moins des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements détermine :</i></p>
<p>1° Les obligations respectives des agences régionales de l'hospitalisation, des organismes d'assurance maladie et des établissements de santé privés régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;</p>	<p>« 1° Les catégories de prestations d'hospitalisation, sur la base desquelles les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale arrêtent la classification des prestations donnant lieu à une prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>2° La classification des prestations d'hospitalisation tenant compte des traitements par pathologie ou par groupes de pathologies ;</p>	<p>« 2° Les catégories de prestations pour exigence particulière des patients, sans fondement médical, qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>3° Les modalités de prise en compte financière des évolutions de toute nature à l'issue desquelles des établissements de santé, ou des services et activités de ces établissements :</p>	<p>« 3° Les méthodes permettant de calculer le montant des prestations d'hospitalisation faisant l'objet d'une prise en charge par l'assurance maladie ;</p>	<p>2° bis (nouveau) Les modalités de détermination par l'agence régionale de l'hospitalisation des tarifs des prestations des établissements nouvellement créés ou issus d'un regroupement entre établissements ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>4° Les modalités de</p>	<p>« 4° Les modalités de</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>gestion des montants régionaux des frais d'hospitalisation définis au 1° de l'article L. 162-22-2 ;</p>	<p>versement des sommes correspondantes ;</p>	<p>modification</p>	<p>modification</p>
<p>a) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale au cours de l'année au titre de laquelle l'accord est conclu, alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;</p>			
<p>b) Se trouvent placés, pour tout ou partie, sous le régime de financement prévu par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique au cours de l'année au titre de laquelle l'accord est conclu, alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ;</p>			
<p>Le contrat national tripartite fixe, en particulier, les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les mesures, notamment les ajustements des tarifs des prestations, rendues nécessaires par le constat d'un écart entre les montants régionaux, visés au 1° de l'article L. 162-22-2, toutes disciplines confondues et par discipline, et les dépenses réalisées au niveau de chaque région, toutes disciplines confondues et par discipline. A défaut de dispositions contractuelles, ces modalités sont fixées par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale après information de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés et des</p>	<p>« 5° Sans préjudice des dispositions prévues par le code de la santé publique, les modalités de contrôle, par les agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 de ce code, de l'exécution des obligations législatives, réglementaires ou contractuelles qui s'imposent aux établissements ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>organisations syndicales les plus représentatives des établissements de santé privés ;</p> <p>5° Les modalités de transmission par les établissements aux agences régionales de l'hospitalisation et aux organismes d'assurance maladie des informations relatives d'une part aux frais d'hospitalisation, d'autre part aux honoraires des professionnels de santé y exerçant leur activité ; sur la base de ces informations, l'agence régionale de l'hospitalisation procède à un suivi régulier du coût total pour l'assurance maladie de chaque établissement ou structure ;</p> <p>6° Les modalités de contrôle, par les agences régionales de l'hospitalisation, de l'exécution des obligations contractuelles qui s'imposent aux établissements ;</p> <p>7° Les sanctions applicables en cas de manquement par les établissements à leurs obligations législatives et réglementaires ou aux stipulations des contrats mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, et leurs modalités de mise en oeuvre ;</p>	<p>« 6° Les modalités de transmission par les établissements à l'Etat, aux agences régionales de l'hospitalisation et aux organismes d'assurance maladie, des informations relatives d'une part aux frais d'hospitalisation, d'autre part aux honoraires des professionnels de santé y exerçant leur activité.</p>	<p>« 6° Les modalités... ... activité. Sur la base de ces informations, l'agence régionale de l'hospitalisation procède à un suivi régulier du coût total pour l'assurance maladie de chaque établissement.</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>« 7°. - <i>Les données utilisées pour la détermination de l'objectif quantifié national et les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de l'objectif. Le contrat tient compte à cet effet notamment de l'évolution constatée des dépenses et des changements de régime juridique et financier de certains établissements.</i></p> <p>« <i>En l'absence de contrat, les dispositions visées aux 1° à 7° sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>8° Les prestations pour exigence particulière des patients sans fondement médical qui donnent lieu à facturation sans prise en charge par les régimes obligatoires de sécurité sociale.</p> <p>A défaut de conclusion du contrat tripartite national avant l'échéance du contrat en cours, un arrêté interministériel fixe, après information par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et des organisations syndicales les plus représentatives des établissements privés de santé, le contenu des 1° à 8° ci-dessus.</p> <p>Un arrêté interministériel détermine les tarifs de responsabilité applicables aux établissements de santé privés n'ayant pas conclu de contrat avec l'agence régionale de l'hospitalisation</p> <p>Art. L. 162-22-2.- Chaque année est conclu, entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, ainsi qu'une au moins des organisations syndicales nationales les plus représentatives des établissements privés de santé régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, un accord fixant :</p>	<p>« Art. L. 162-22-2. - I. - Chaque année, est défini un objectif quantifié national des établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique, constitué par le montant annuel des frais d'hospitalisation de ces établissements pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie.</p>	<p>« Art. L. 162-22-2. - I. Chaque ...</p> <p>... d'hospitalisation dans ces établissements pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le contenu est fixé par décret. Toutefois, n'entrent pas dans ce montant les versements de l'assurance maladie afférents aux activités d'alternatives à la dialyse en centre ainsi que</p>	<p>« Art. L. 162-22-2. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>1° La répartition en montants régionaux du montant total annuel arrêté par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement, des frais d'hospitalisation pris en charge par les régimes d'assurance maladie des établissements ayant passé contrat avec les agences régionales de l'hospitalisation en application des articles L. 710-16 et L. 710-16-2 du code de la santé publique ; en vue de résorber progressivement les inégalités de dotations entre régions, la fixation de ces montants tient compte des besoins de la population, des orientations des schémas régionaux d'organisation sanitaire et des priorités nationales ou locales en matière de politique sanitaire, ainsi que des informations sur l'activité des établissements mentionnés aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique ; les montants régionaux sont répartis par discipline par les agences régionales de l'hospitalisation ;</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 activités de ces établissements se trouvent placés, pour tout ou partie :</p>	<p>d'hospitalisation à domicile.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	
<p>2° La prise en compte financière, dans le montant total annuel et les montants régionaux mentionnés au 1°, des évolutions mentionnées au 3° de l'article L. 162-22-1 ;</p>	<p>« a) Sous le régime de financement prévu à l'article L. 174-1 du présent code alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>3° Les tarifs des</p>	<p>« b) Sous le régime de</p>	<p>Alinéa sans</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré ;</p>	<p>financement prévu par l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique alors qu'ils étaient auparavant régis par l'article L. 174-1 du présent code.</p>	<p>modification</p>	
<p>4° Les modalités de la détermination des sommes dues aux établissements de santé privés compte tenu, d'une part, du nombre et de la nature des prestations prises en charge par l'assurance maladie et, d'autre part, des modalités de cette prise en charge ;</p>	<p>« II. - Un décret en Conseil d'Etat, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives de ces établissements, détermine les données utilisées pour la détermination de l'objectif quantifié national et les modalités selon lesquelles, chaque année, sont déterminées les évolutions des tarifs des prestations compatibles avec le respect de cet objectif. Il tient compte à cet effet notamment de l'évolution constatée des dépenses au titre de l'année antérieure, et des changements de régime juridique et financier de certains établissements. »</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>5° Les modalités de versement de ces sommes.</p>			
<p>La ou les organisations syndicales signataires de cet accord constituent le comité professionnel national de l'hospitalisation privée, et sont habilitées à conclure et à gérer le contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1.</p>			
<p>Toutefois, cette ou ces organisations peuvent proposer aux organisations syndicales nationales les plus représentatives non signataires d'entrer dans le Comité professionnel national de l'hospitalisation privée avec une représentation minoritaire.</p>			
<p>Les organisations syndicales nationales les plus représentatives non signataires de l'accord peuvent y adhérer en cours d'année. Elles deviennent alors membres du Comité professionnel national de</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>l'hospitalisation privée.</p> <p>L'accord visé au premier alinéa du présent article est applicable à compter du 1er janvier de l'année au titre de laquelle il est conclu. A défaut de conclusion de cet accord dans un délai de quinze jours après la date de publication de la loi de financement de la sécurité sociale, un arrêté interministériel fixe le contenu des 1° à 5° ci-dessus.</p>	<p>II. - Il est inséré, à la section 5 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, les articles L. 162-22-3 à L. 162-22-6 ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. 162-22-3. -I. - Chaque année, au plus tard le 25 février, un accord entre les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au moins une des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique détermine :</p> <p>« 1° L'évolution moyenne nationale et l'évolution moyenne dans chaque région des tarifs des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré, selon les modalités prévues à l'article L. 162-22-2 ; cette évolution peut être différenciée selon les activités médicales ;</p> <p>« 2° Les variations maximale et minimale des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être alloués aux établissements par les agences régionales de l'hospitalisation selon les modalités définies par l'accord régional mentionné à l'article L. 162-22-4.</p>	<p>II. - Il ...</p> <p>... à L. 162-22-7 ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. 162-22-3. -I. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-22-3. - Chaque ...</p> <p>... accord conclu entre l'Etat, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, ainsi qu'une au moins des organisations nationales ...</p> <p>... détermine :</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale		Propositions de la commission	
	<p>« A défaut d'accord dans le délai précité et au plus tard le 15 mars de l'année, un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe les éléments mentionnés aux 1° et 2° ci-dessus.</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans modification</p>		
	<p>« II. - Les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et la ou les organisations nationales les plus représentatives des établissements signataires de l'accord mentionné au I observent l'évolution des dépenses entrant dans le champ de l'objectif quantifié national, 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 des résultats des huit premiers mois de l'année.</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>		<p>« II. - <i>Supprimé</i></p>
	<p>« Chaque année, au plus tard le 30 janvier, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat et aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées à l'article L. 710-17 du code de la santé publique, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant total des versements afférents aux frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162 -22-2 au titre de l'année précédente et sa répartition par régions, établissements et nature d'activité.</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>		
	<p>« En vue de permettre un suivi de l'objectif quantifié national en cours</p>	<p>« En vue ...</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>d'année, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés communique à l'Etat ainsi qu'aux organisations nationales les plus représentatives des établissements, pour l'ensemble des régimes obligatoires d'assurance maladie, le montant des frais d'hospitalisation définis au I de l'article L. 162-22-2 :</p> <p>« 1° Le 15 juin au plus tard, pour les quatre premiers mois ;</p> <p>« 2° Le 15 octobre au plus tard, pour les huit premiers mois.</p> <p>« Lorsqu'il apparaît que l'évolution des dépenses n'est pas compatible avec l'objectif fixé en application de l'article L. 162-22-2, les parties à l'accord déterminent les mesures de toute nature propres à garantir son respect.</p> <p>« A défaut, et après consultation des organisations nationales les plus représentatives des établissements concernés, un arrêté conjoint des ministres chargé de la santé et de la sécurité sociale fixe les mesures nécessaires dans les conditions prévues au I du présent article.</p> <p>« III.- Le décret prévu au II de l'article L. 162-22-2 détermine les modalités du suivi statistique des dépenses d'hospitalisation en cours d'année, y compris en cas de</p>	<p>... L. 162-22-2 et sa répartition par région :</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>« III. - <i>Supprimé</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>défaut de transmission par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés des données mentionnées aux alinéas précédents, dans les délais prévus aux mêmes alinéas.</p> <p>« Art. L. 162-22-4. - Chaque année, au plus tard le 31 mars, un accord conclu entre le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et les représentants, dans la région, d'une au moins des organisations nationales les plus représentatives des établissements de santé privés signataires de l'accord mentionné à l'article L. 162-22-3 fixe, dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1, L. 162-22-2 et L. 162-22-3 ainsi que des orientations arrêtées par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, définies au 2° de l'article L. 710-20 du code de la santé publique, les règles générales de modulation des tarifs des prestations des établissements de la région, en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 710-6 et L. 710-7 du code de la santé publique.</p> <p>« Cet accord détermine, en outre, compte tenu des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et des orientations de la conférence régionale de santé, les critères susceptibles</p>	<p>« Art. L. 162-22-4. - Non modifié</p>	<p>« Art. L. 162-22-4. - Chaque ...</p> <p>... entre l'agence régionale ...</p> <p>... L. 162-22-3, les règles générales ...</p> <p>... publique.</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>d'être pris en compte pour accorder à certains établissements, notamment en vue de l'amélioration de la qualité des soins, des évolutions de tarifs différentes du taux moyen d'évolution arrêté dans les conditions prévues au 1° du I de l'article L. 162-22-3.</p> <p>« A défaut d'accord, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation fixe ces dispositions.</p> <p>« Art. L. 162-22-5.- I.- Les tarifs des prestations de chaque établissement de santé privé mentionné à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens mentionné au même article.</p> <p>« Ils prennent effet, à l'exception de ceux arrêtés en application du II de l'article L. 162-22-3, au 1er mai de l'année en cours.</p> <p>« II. - Les tarifs de responsabilité applicables aux établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 710-16-2 sont fixés par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>« Art. L. 162-22-6. - Les établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique ainsi que ceux mentionnés au II de l'article L. 162-22-5 sont passibles, après qu'ils ont été mis en</p>	<p>« Art. L. 162-22-5. - non modifié</p> <p>« Art. L. 162-22-6. - Non modifié</p>	<p>« A défaut d'accord, l'agence ...</p> <p>... dispositions.</p> <p>« Art. L. 162-22-5. - Alinéa sans modification</p> <p>« Ils prennent effet au 1er mai de l'année en cours.</p> <p>« II. - Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L. 162-22-6. - Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>mesure de présenter leurs observations, d'une sanction financière, dans le cas de :</p> <p>« 1° Fausse cotation de prestations définies au 1° de l'article L. 162-22-1 ;</p> <p>« 2° Absence de réalisation des prestations facturées ;</p> <p>« 3° Dépassement des capacités autorisées définies à l'article L. 712-2 du code de la santé publique.</p> <p>« Dans tous les cas, la sanction ne peut excéder 5 % du chiffre d'affaires de l'établissement et est au minimum égale au coût indûment supporté par l'assurance maladie. Dans le premier cas, elle ne peut excéder trois fois ce coût, dans le second cas cinq fois ce coût, dans le dernier cas, deux fois.</p> <p>« La mesure de sanction financière est prise par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation qui la notifie à l'établissement.</p> <p>« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. »</p>	<p>« Art. L 162-22-7 (nouveau). - Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris après avis des organisations nationales les plus représentatives des établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« 3° Dépassement l'article L. 712-8 du publique.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Art. L 162-22-7. - Supprimé</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la santé publique.</p> <p>TITRE I DU LIVRE VII Etablissements de santé.</p> <p>CHAPITRE 1 A Principes fondamentaux.</p> <p>SECTION 4 Les contrats pluriannuels entre les agences régionales de l'hospitalisation et les établissements de santé.</p> <p>Art. L. 710-16-2. - Les contrats mentionnés à l'article L. 710-16 conclus avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 710-16-1 déterminent par discipline les tarifs des prestations d'hospitalisation. Ils sont conclus dans le respect des dispositions des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et compte</p>	<p>III. - L'article L. 710-16-2 du code de la santé publique est ainsi modifié :</p> <p>1° La première phrase du premier alinéa est complétée par les mots : « , dans les conditions prévues aux articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale et conformément à un contrat type fixé par décret » ;</p>	<p>de la santé publique, détermine chaque année, en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, les taux d'évolution moyens des tarifs des prestations afférentes aux activités d'alternatives à la dialyse en centre et d'hospitalisation à domicile. Cet arrêté détermine également les variations maximale et minimale des taux d'évolution des tarifs des prestations qui peuvent être alloués à ces établissements par les agences régionales de l'hospitalisation, selon des critères définis par l'accord prévu à l'article L. 162-22-4. »</p> <p>III. - Non modifié</p>	<p>III. - Alinéa sans modification</p> <p>1° La ...</p> <p>... type <i>annexé au</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>tenu des objectifs mentionnés à l'alinéa ci-dessous.</p>			
<p>Ces contrats définissent des objectifs en matière de qualité et de sécurité des soins ainsi que de mise en oeuvre des orientations adoptées par la conférence régionale de santé prévue à l'article L. 767. Ils prévoient les délais de mise en oeuvre de la procédure d'accréditation visée à l'article L. 710-5.</p>	<p>2° La seconde phrase du premier alinéa est supprimée ;</p> <p>3° Au deuxième alinéa, après les mots : « Ces contrats définissent », sont insérés les mots : « les orientations stratégiques des établissements, en tenant compte des objectifs du schéma d'organisation sanitaire et, notamment, » ;</p>		<p><i>contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale » ;</i></p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>
<p>Les contrats sont conformes à un contrat type annexé au contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale.</p>	<p>4° Le quatrième alinéa est supprimé ;</p>		<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Sans préjudice des dispositions du contrat tripartite national visé à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale, le contrat détermine les pénalités applicables à l'établissement au titre des deuxième et troisième alinéas ci-dessus en cas d'inexécution partielle ou totale des engagements dont les parties sont convenues.</p>	<p>5° Au sixième alinéa, les mots : « du contrat tripartite national mentionné à l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ».</p>		<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>CHAPITRE 1 B Les agences régionales de l'hospitalisation.</p>			
<p>Art. L. 710-21.- Le directeur exerce, au nom de l'Etat, les compétences</p>	<p>IV. - Il est inséré, au deuxième alinéa de l'article L. 710-21 du code de la santé</p>	<p>IV. - Les deux derniers alinéas de l'article L. 710-20 du code de la santé</p>	<p>IV. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>mentionnées à l'article L. 710-18, à l'exception de celles exercées par la commission exécutive en application de l'article L. 710-20.</p> <p>.....</p> <p>Art. L. 710-20.- La commission exécutive de l'agence délibère sur :</p> <p>.....</p> <p>3° Les contrats pluriannuels mentionnés aux articles L 710-16, L 710-16-1 et L 710-16-2, après avis des organismes d'assurance maladie intéressés.</p> <p>Les délibérations mentionnées au 1° ci-dessus sont susceptibles de recours administratif dans les conditions prévues à l'article L 712-16.</p> <p>.....</p>	<p>publique, un 10° ainsi rédigé :</p> <p>.....</p> <p>« 10° Conclut l'accord prévu à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale ou, à défaut d'accord, en arrête le contenu. »</p>	<p>publique sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :</p> <p>.....</p> <p>« 3° L'accord prévu à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale, ou à défaut, son contenu ainsi que les contrats pluriannuels mentionnés aux articles L. 710-16, L. 710-16-1 et L. 710-16-2. »</p> <p>.....</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p>	
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>.....</p> <p>chapitre V du titre VI du livre Ier</p>	<p>V. - Il est créé, au chapitre V du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, un article L. 165-7 ainsi rédigé :</p> <p>.....</p> <p>« Art. L. 165-7. - Les frais d'acquisition et de renouvellement des dispositifs médicaux dont la liste est fixée par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale sont remboursés aux établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique à concurrence du tarif de responsabilité mentionné à l'article L. 165-2 du présent code, sur présentation des</p>	<p>V. - Non modifié</p>	<p>V. - <i>Supprimé</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>TITRE VII DU LIVRE 1ER</p> <p>Coordination entre les régimes - Prise en charge de certaines dépenses par les régimes.</p> <p>CHAPITRE 4</p> <p>Prise en charge par les régimes d'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins médicaux dispensés dans certains établissements.</p>	<p>factures. Lorsque le montant de la facture est inférieur à ce tarif, le remboursement à l'établissement s'effectue sur la base d'une partie de la somme de ces deux éléments définie par arrêté conjoint des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.</p> <p>»</p> <p>VI.- Le chapitre IV du titre VII du livre Ier du code de la sécurité sociale est complété par une section 9 ainsi rédigée :</p> <p><i>« Section 9</i></p> <p><i>« Frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique</i></p> <p><i>« Art. L. 174-16. - Les frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sont versés, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. Toutefois, par convention</i></p>	VI.- Non modifié	VI.- Non modifié

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime.</p> <p>« Les sommes versées aux établissements pour le compte des différents régimes en application de l'alinéa précédent sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation financière propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté interministériel fixe cette répartition.</p> <p>« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article. »</p> <p>VII. - Les dispositions du contrat national tripartite de l'hospitalisation privée du 15 avril 1997 demeurent applicables jusqu'à ce que le contenu des 1° à 6° de l'article L. 162-22-1 du code de la sécurité sociale ait été fixé par décret.</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</p>	<p>VII. - Non modifié</p> <p>VIII. - A. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p>VII. - <i>Supprimé</i></p> <p>VIII. - A. - Non modifié</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
_____	modernisation des cliniques privées », est géré par la Caisse des dépôts et consignations.	B. - Alinéa sans modification	B. - Non modifié
	B. - Les établissements de santé concernés reçoivent des 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.		
	C.- Les recettes du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par décret.	C.- Les ressources du fonds ...	C. - Non modifié
	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.	... année par la loi de financement de la sécurité sociale, et pour 2000, à 100 millions de francs. Alinéa sans modification	
	D. - L'attribution des subventions est confiée, dans la limite des crédits alloués, aux agences régionales de l'hospitalisation mentionnées aux articles L. 710-19 et L. 710-20 du code de la santé publique.	D. - Alinéa sans modification	D. - Non modifié
	E. - Les modalités d'utilisation de la subvention par l'établissement bénéficiaire font l'objet d'un avenant au contrat d'objectifs	E. - Alinéa sans modification	E. - Alinéa sans modification

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
	<p>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 opérations éligibles à un financement par le fonds, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Les ...</p> <p>... d'Etat <i>publié dans un délai raisonnable.</i></p>
<p>Code de la sante publique</p> <p>Art. L. 715-10. - Les établissements d'hospitalisation privés, autres que ceux visés aux articles L 715-6 et L 715-13, peuvent conclure avec l'Etat des contrats de concession pour l'exécution du service public hospitalier.</p> <p>.....</p>			
<p>Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions d'équipement.</p>		<p>F.(nouveau). - Le dernier alinéa de l'article L. 715-10 du code de la santé publique est ainsi rédigé :</p> <p>« Ces concessionnaires ne peuvent recevoir de subventions pour leurs équipements, à l'exception des subventions du fonds pour la modernisation des cliniques privées. »</p>	<p>F. - <i>Supprimé</i></p>
	<p>IX. - Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les actes pris en application de l'arrêté du 28 avril 1999 pris en application des articles L. 162-22-1 et L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale et fixant l'objectif des dépenses d'assurance maladie des établissements relevant de l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique pour l'année 1999</p>	<p>IX. - Non modifié</p>	<p>IX. - <i>Supprimé</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<hr/>	<p>sont validés, en tant que leur légalité serait contestée pour un motif tiré de l'illégalité de cet arrêté.</p>	<hr/>	<hr/>
	<p>X. - La prise en compte, dans l'objectif quantifié national défini à l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale, des frais d'hospitalisation pris en charge par l'assurance maladie au titre des établissements mentionnés à l'article L. 710-16-2 du code de la santé publique dont les prévisions de dépenses n'étaient pas incluses dans cet objectif au titre de l'année 1999 s'effectue, pour l'objectif quantifié national 2000, sur la base des versements constatés en 1998, majorés du taux d'évolution de l'objectif quantifié national fixé pour 1999, soit 2,29 %.</p>	<p>X. - <i>Alinéa supprimé</i></p>	<p>X. - <i>Supprimé</i></p>
	<p>Pour l'application en 2000 des dispositions du II de l'article L. 162-22-2 du code de la sécurité sociale, l'évolution constatée des dépenses, mentionnée audit II, s'apprécie par rapport à un objectif, pour 1999, égal à 42,936 milliards de francs.</p>	<p>X - Pour ...</p> <p>... francs.</p>	<p>XI. - Non modifié</p>
		<p>XI (<i>nouveau</i>). - Le II de l'article 24 de l'ordonnance n° 96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'hospitalisation publique et privée est ainsi modifié :</p> <p>1°) Les premier, deuxième, avant-dernier et dernier alinéa sont supprimés ;</p>	
		<p>2°) Dans le troisième</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
Code de la santé publique		alinéa, les mots : « au 4° de l'article L. 162-22-2 », sont remplacée par les mots : « au I de l'article L. 162-22-3 ».	
<p>Art. L. 716-2. - Le Gouvernement pourra expérimenter, à compter du 1er janvier 2000, et pour une période n'excédant pas cinq ans, de nouveaux modes de financement des établissements de santé publics ou privés, fondés sur une tarification à la pathologie.</p>			<p><i>Art. additionnel après l'Art. 24 (nouveau).</i></p>
<p>Les expériences pourront être menées dans une zone géographique déterminée, pour tous les établissements de santé de la zone ou pour une partie d'entre eux, selon les modalités définies par voie réglementaire.</p>			<p><i>A la fin du premier alinéa de l'article L. 716-2 du code de la santé publique, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « deux ans ».</i></p>
<p>Les dépenses mises à la charge de l'ensemble des régimes obligatoires de base d'assurance maladie qui résultent de ces expériences sont prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article LO 111-3 du code de la sécurité sociale.</p>			
<p>Loi n° 75-535 du 30 Juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales CHAPITRE 3 Dispositions spéciales aux établissements privés</p>			

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Art. 11-1. - L'habilitation et l'autorisation prévues respectivement aux 2° et 3° de l'article 11 peuvent être refusées pour tout ou partie de la capacité prévue, lorsque les coûts de fonctionnement sont manifestement hors de proportion avec le service rendu ou avec ceux des établissements fournissant des services analogues.</p> <p>.....</p> <p>Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner pour les budgets des collectivités publiques ou des organismes de sécurité sociale des charges injustifiées ou excessives compte tenu, d'une part, des conditions de satisfaction des besoins de la population, d'autre part, du taux moyen d'évolution des dépenses compatible avec la politique sanitaire et sociale et les perspectives économiques et budgétaires de la collectivité concernée, telles qu'elles résultent notamment des prévisions d'évolution des prix et des salaires.</p>	<p>Art. 25</p> <p>Le quatrième alinéa de l'article 11-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales est ainsi rédigé :</p> <p>« Il en est de même lorsqu'ils sont susceptibles d'entraîner, pour les budgets des organismes de sécurité sociale, des charges injustifiées ou excessives, compte tenu des objectifs et dotations définis à l'article 27-5. »</p>	<p>Art. 25</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 25</p> <p>Sans modification</p>
<p>Loi n°98-1194 du 23 Décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999</p> <p>Section 4 Branche accidents du travail</p> <p>Art. 40.-</p> <p>.....</p> <p>III. - Les victimes ou leurs ayants droit peuvent demander le bénéfice des</p>	<p>Section 4</p> <p>Branche accidents du travail</p>	<p>Section 4</p> <p>Branche accidents du travail</p> <p>Art. 26 A (<i>nouveau</i>).</p> <p>Dans 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</p>	<p>Section 4</p> <p>Branche accidents du travail</p> <p>Art. 26 A.</p> <p>Sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>dispositions du II dans les deux ans qui suivent la publication de la présente loi.</p>		<p>1998), les mots : « deux ans » sont remplacés par les mots : « trois ans ».</p>	
	<p>Art. 26. L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi modifié :</p> <p>I.- Le premier alinéa du I est ainsi modifié :</p>	<p>Art. 26. Alinéa sans modification</p>	<p>Art. 26. Alinéa sans modification</p>
<p>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, sous réserve qu'ils cessent toute activité professionnelle, lorsqu'ils remplissent les conditions suivantes :</p>	<p>1° Après les mots : « des établissements de fabrication de matériaux contenant de l'amiante, » sont insérés les mots : « des établissements de flocage et de calorifugeage à l'amiante ou de construction et de réparation navales, » ;</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>I. - Dans le premier alinéa du I, après les mots ...</p> <p>... navales, » ;</p>	<p><i>Suppression maintenue</i></p> <p>I. - Non modifié</p>
<p>1° Travailler ou avoir travaillé dans un des établissements mentionnés ci-dessus et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget, pendant la période où y étaient fabriqués des matériaux contenant de l'amiante ;</p>	<p>2° Au 1°, après les mots : « où y étaient fabriqués » sont insérés les mots : « ou traités l'amiante ou » ;</p>	<p><i>I bis (nouveau).</i> - Dans le deuxième alinéa du I, après les mots ...</p> <p>... ou » ;</p>	<p><i>I bis.</i> - Non modifié</p>
	<p>3° L'alinéa est complété par un 3° ainsi rédigé :</p> <p>« 3° S'agissant des salariés de la construction et de la réparation navales, avoir exercé un métier figurant sur une liste fixée par arrêté conjoint des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget. »</p>	<p>II. - Après le troisième alinéa du I, il est inséré quatre alinéas ainsi rédigés :</p> <p>« 3° Alinéa sans modification</p>	<p>II. - Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale		Propositions de la commission	
<p>.....</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 de vieillesse ou d'invalidité.</p>	<p>II.- Après le premier alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :</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>« 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>« 2° Avoir atteint un âge déterminé qui pourra varier en fonction de la durée du travail dans le port sans pouvoir être inférieur à cinquante ans. »</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>		<p><i>Suppression maintenue</i></p>	
		<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
		<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>	<p>« 1° Travailler ...</p>	
				<p>... d'amiante <i>en quantité importante</i> ; la liste ...</p>	
				<p>... budget ;</p>	
		<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>	<p>Alinéa modification</p>	<p>sans</p>
		<p>III. - Non modifié</p>		<p>III. - Non modifié</p>	
		<p>IV. - Non modifié</p>		<p>IV. - Alinéa sans modification</p>	

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>II. - Le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts de la dernière année d'activité salariée du bénéficiaire. Il est revalorisé comme les avantages alloués en application du deuxième alinéa de l'article L. 322-4 du code du travail.</p> <p>.....</p> <p>III. - Il est institué un fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Ce fonds finance l'allocation créée au I. Ses ressources sont constituées d'une contribution de l'Etat et d'un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de 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 les montants de ces contributions.</p>	<p>« Le montant de l'allocation est calculé en fonction de la moyenne actualisée des salaires mensuels bruts des douze derniers mois d'activité salariée du bénéficiaire pour lesquels ne sont pas prises en compte, dans des conditions prévues par décret, certaines périodes d'activité donnant lieu à rémunération réduite. »</p>		<p>« Le ...</p> <p>... compte <i>ou sont compensées</i>, dans des ...</p> <p>... réduite. »</p> <p>V (nouveau). - Dans la troisième phrase du premier alinéa du III, après les mots : « sont constituées », sont insérés les mots : « à parité ».</p>
<p>(2)</p>			<p>VI (nouveau). - Le paragraphe ci-dessus est applicable à compter de l'exercice 2000.</p>
<p>(3) CODE DE LA SÉCURITÉ SOCIALE</p>			
<p>Art. L. 434-2. -</p>		<p>Art. 26 bis (nouveau).</p> <p>I. - Le quatrième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :</p>	<p>Art. 26 bis.</p> <p>I. - L'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :</p>
<p>Lorsque l'incapacité permanente est égale ou supérieure à un taux</p>		<p>« En cas d'accidents successifs, le taux ou la somme des taux d'incapacité</p>	<p>« En cas d'accidents du travail successifs, le seuil d'incapacité prévu au</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>minimum, la victime a droit à une rente égale au salaire annuel multiplié par le taux d'incapacité qui peut être réduit ou augmenté en fonction de la gravité de celle-ci.</p>		<p>permanente antérieurement reconnu constitue le point de départ de la réduction ou de l'augmentation prévue au deuxième alinéa pour le calcul de la rente. Lorsque, par suite d'un ou plusieurs accidents du travail, la réduction totale subie par la capacité professionnelle est égale ou supérieure à un taux minimum, l'indemnisation se fait, sur demande de la victime, soit par l'attribution d'une rente qui tient compte de ou des indemnités en capital précédemment versées, soit par l'attribution d'une indemnité en capital. »</p> <p>II. - Le I est applicable au calcul des rentes versées pour les accidents du travail et les maladies professionnelles déclarés à compter du 1^{er} janvier 2000.</p>	<p><i>premier alinéa est apprécié en tenant compte de l'incapacité afférente au dernier accident et de l'incapacité permanente reconnue, à la date de celui-ci, au titre de chacun des accidents du travail antérieurs. »</i></p> <p><i>II - L'article L. 434-2 du code du travail est ainsi modifié :</i></p> <p><i>1° Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :</i></p> <p><i>« En cas d'accidents successifs, le taux d'incapacité précité tient compte du ou des taux d'incapacité permanente reconnus au titre du ou des accidents antérieurs. » ;</i></p> <p><i>2° Le quatrième alinéa est ainsi rédigé :</i></p> <p><i>« En cas d'accidents successifs, lorsque le taux d'incapacité total est supérieur au taux minimum et qu'une ou des indemnités en capital ont été attribuées à la victime en réparation d'accidents antérieurs, l'indemnisation se fait soit par l'attribution d'une rente tenant compte des indemnités en capital précédemment</i></p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission																																													
	<p style="text-align: center;">Section 5 Objectifs de dépenses par branche</p> <p style="text-align: center;">Art. 27.</p> <p>Pour 2000, les objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :</p> <p style="text-align: center;">(En milliards de francs)</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Maladie-maternité- invalidité-décès</td> <td></td> <td>733,3</td> </tr> <tr> <td>Vieillesse-veuvage</td> <td style="text-align: right;">803,3</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Accidents du travail</td> <td style="text-align: right;">54,7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Famille</td> <td></td> <td><u>265,0</u></td> </tr> <tr> <td>Total des dépenses</td> <td style="text-align: right;">1 856,3</td> <td></td> </tr> </table>	Maladie-maternité- invalidité-décès		733,3	Vieillesse-veuvage	803,3		Accidents du travail	54,7		Famille		<u>265,0</u>	Total des dépenses	1 856,3		<p style="text-align: center;">Section 5 Objectifs de dépenses par branche</p> <p style="text-align: center;">Art. 27.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">(En milliards de francs)</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Maladie-maternité- invalidité-décès</td> <td></td> <td>731,0</td> </tr> <tr> <td>Vieillesse-veuvage</td> <td style="text-align: right;">801,7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Accidents du travail</td> <td style="text-align: right;">54,7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Famille</td> <td></td> <td><u>264,0</u></td> </tr> <tr> <td>Total des dépenses</td> <td style="text-align: right;">1 851,4</td> <td></td> </tr> </table>	Maladie-maternité- invalidité-décès		731,0	Vieillesse-veuvage	801,7		Accidents du travail	54,7		Famille		<u>264,0</u>	Total des dépenses	1 851,4		<p style="text-align: center;">Section 5 Objectifs de dépenses par branche</p> <p style="text-align: center;">Art. 27.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p style="text-align: center;">(En milliards de francs)</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td>Maladie-maternité- invalidité-décès</td> <td></td> <td>731,0</td> </tr> <tr> <td>Vieillesse-veuvage</td> <td style="text-align: right;">801,7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Accidents du travail</td> <td style="text-align: right;">54,7</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Famille</td> <td></td> <td><u>261,5</u></td> </tr> <tr> <td>Total des dépenses</td> <td style="text-align: right;">1 848,9</td> <td></td> </tr> </table>	Maladie-maternité- invalidité-décès		731,0	Vieillesse-veuvage	801,7		Accidents du travail	54,7		Famille		<u>261,5</u>	Total des dépenses	1 848,9	
Maladie-maternité- invalidité-décès		733,3																																														
Vieillesse-veuvage	803,3																																															
Accidents du travail	54,7																																															
Famille		<u>265,0</u>																																														
Total des dépenses	1 856,3																																															
Maladie-maternité- invalidité-décès		731,0																																														
Vieillesse-veuvage	801,7																																															
Accidents du travail	54,7																																															
Famille		<u>264,0</u>																																														
Total des dépenses	1 851,4																																															
Maladie-maternité- invalidité-décès		731,0																																														
Vieillesse-veuvage	801,7																																															
Accidents du travail	54,7																																															
Famille		<u>261,5</u>																																														
Total des dépenses	1 848,9																																															
	<p style="text-align: center;">Section 6 Objectif national de dépenses d'assurance maladie</p> <p style="text-align: center;">Art. 28.</p> <p>L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes</p>	<p style="text-align: center;">Section 6 Objectif national de dépenses d'assurance maladie</p> <p style="text-align: center;">Art. 28.</p> <p>Sans modification</p>	<p style="text-align: center;">Section 6 Objectif national de dépenses d'assurance maladie</p> <p style="text-align: center;">Art. 28.</p> <p>Sans modification</p>																																													

versée, soit par l'attribution d'une indemnité en capital. ».

III. - Le I et Le II sont applicables au calcul des rentes versées pour les accidents du travail et maladies professionnelles déclarés à compter du 1^{er} janvier 2000.

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>TITRE V DU LIVRE II Régime financier CHAPITRE V Trésorerie</p>	<p>obligatoires de base est fixé à 658,3 milliards de francs pour l'année 2000.</p> <p>Section 7</p> <p>Mesures relatives à la trésorerie</p> <p>Art. 29.</p> <p>Au chapitre V du titre V du livre II du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 255-2 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 255-2. - Les montants encaissés par les organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de sécurité sociale sur leurs comptes spéciaux d'encaissement sont obligatoirement transférés par virement pour l'alimentation du compte unique de disponibilités courantes de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale. Ces dispositions entrent en vigueur au 1^{er} septembre 2000. »</p>	<p>Section 7</p> <p>Mesures relatives à la trésorerie</p> <p>Art. 29.</p> <p>Sans modification</p> <p>Art. 29 bis (nouveau).</p> <p>Il est inséré, au titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, un chapitre IX bis ainsi rédigé :</p> <p>« Chapitre IX bis</p> <p>« Neutralisation des effets de trésorerie des relations financières entre l'Etat, les organismes concourant au financement des régimes de protection</p>	<p>Section 7</p> <p>Mesures relatives à la trésorerie</p> <p>Art. 29.</p> <p>Sans modification</p> <p>Art. 29 bis.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>« Chapitre IX bis</p> <p>« Neutralisation ...</p> <p>... régimes obligatoires de</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
_____	_____	<p>sociale et ces régimes.</p> <p>« Art. L. 139-2. - Les relations financières entre l'Etat et les organismes concourant au financement des régimes de protection sociale, d'une part, l'Etat et ces régimes, d'autre part, les organismes concourant à leur financement et les régimes de protection sociale, enfin, sont régies par des conventions qui garantissent en particulier la neutralité des flux financiers pour la trésorerie des régimes de protection sociale. »</p>	<p>base et ces régimes.</p> <p>« Art. L. 139-3. - Les ...</p> <p>régimes <i>obligatoires de base</i>, d'une part ...</p> <p>... les régimes <i>obligatoires de base</i>, enfin, ...</p> <p>... régimes <i>obligatoires de base</i>. »</p>
	<p>Art. 30.</p> <p>Est approuvé le relèvement, par le décret n° du 1999 portant relèvement du plafond des avances de trésorerie au régime général de sécurité sociale, du montant dans la limite duquel les besoins de trésorerie du régime général peuvent être couverts par des ressources non permanentes.</p>	<p>Art. 30.</p> <p>Est ratifié le décret n° 99-860 du 7 octobre 1999 portant ...</p> <p>... sociale.</p>	<p>Art. 30.</p> <p>Supprimé</p>
	<p>Art. 31.</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>Art. 31.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 31.</p> <p>Alinéa sans modification</p>
	<p>(En milliards de francs)</p>		<p>Alinéa sans modification</p>

Textes en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
_____	<p>Régime général 29,0</p> <p>Régime des exploitants agricoles 12,5</p> <p>Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales 2,5</p> <p>Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines 2,3</p> <p>Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat 0,5</p> <p>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>Régime général 24,0</p> <p>Régime des exploitants agricoles 10,5</p> <p><i>Alinéa supprimé</i></p> <p>Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines 2,3</p> <p>Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat 0,5</p> <p>Alinéa sans modification</p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p align="center">—</p> <p>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</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p>Alinéa sans modification</p>
<p>Le Gouvernement entend conforter notre système de protection sociale parce qu'il organise des solidarités fondamentales nécessaires à chacun pour faire face aux risques de la vie. Il constitue en cela un puissant facteur de cohésion sociale et, loin d'être un obstacle à la croissance économique, il en est un des supports.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>L'an dernier, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 était apparu « fragile dans ses équilibres, inabouti dans ses analyses et incohérent dans ses propositions ».</i></p>
<p>Une sécurité sociale en déficit est une sécurité sociale affaiblie ; le redressement des comptes sociaux a donc été engagé. Dès 1999, l'ensemble des organismes de protection sociale - régimes maladie, vieillesse, famille et chômage - dégagera un excédent d'environ 10 milliards de francs. Il ne subsiste, en 1999, qu'un léger déficit du régime général d'environ 4 milliards après un déficit de 53 milliards en 1996, de 34 en 1997 réduit à 16,5 milliards en 1998. Les prévisions pour 2000 font apparaître un excédent d'environ 2 milliards.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>De fait, le retour à l'équilibre de la sécurité sociale, malgré une conjoncture très favorable, n'a pas été atteint.</i></p>
<p>S'appuyant sur ce redressement des comptes, la politique de protection sociale s'articule autour des axes suivants :</p>	<p>Convaincu de la nécessité de disposer de comptes fiables en temps utile pour améliorer la gestion de la sécurité sociale, le Gouvernement s'engage à promouvoir l'harmonisation des plans comptables des différents régimes et l'accélération de la publication des comptes, ainsi qu'à présenter en annexe au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 les principaux agrégats en droits constatés et les éléments permettant le passage d'une présentation à l'autre.</p>	<p><i>Trois « grandes » réformes étaient annoncées par le Gouvernement : la « consolidation » des régimes de retraite par répartition, la réforme de l'assiette des cotisations patronales et la mise en place d'une couverture maladie universelle.</i></p>
	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>La première a accouché d'une souris : le Gouvernement qui, selon le</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>—</p> <p>- permettre à tous d'accéder aux soins, améliorer leur qualité, promouvoir la participation des citoyens, assurer la maîtrise de l'évolution des dépenses sont les objectifs généraux de la politique de santé ;</p>	<p>—</p> <p>- permettre à dépenses et garantir un financement perenne reposant sur le revenu du travail et du capital, incluant les profits financiers des entreprises, sont les objectifs ... de santé ;</p>	<p><i>rapport annexé à la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 devait « prendre les décisions qui s'imposent », entend désormais « préciser ses orientations générales au début de l'année 2000 ».</i></p> <p><i>La deuxième a donné naissance à un monstre : le fonds de financement des 35 heures et à une crise grave de paritarisme.</i></p>
<p>- conforter les parents dans leur rôle éducatif, faciliter la conciliation entre vie familiale et vie professionnelle, accroître l'appui aux familles en charge de jeunes adultes, faciliter l'accueil de l'enfant constituent les axes majeurs de la politique familiale ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Le troisième, pour l'instant, n'a rien donné du tout : la couverture maladie universelle a bien été votée en urgence par le Parlement pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2000, mais les décrets d'application ne sont toujours pas publiés, son coût est contesté et son financement amputé.</i></p>
<p>- pour faire face au défi du vieillissement, les réformes nécessaires pour assurer la consolidation de nos régimes par répartition au nouveau contexte démographique seront entreprises dans le dialogue et la concertation ; les conditions de prise en charge de la dépendance seront améliorées ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Enfin, l'essentiel du dispositif de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a été annulé par le Conseil constitutionnel s'agissant de l'assurance maladie.</i></p>
<p>- l'intégration des personnes handicapées sera favorisée ;</p>	<p>l'intégration ...</p>	<p>... <i>Le projet de loi de financement de</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>- dans le souci de favoriser l'emploi, une réforme d'ampleur réduisant les cotisations sociales assises sur les salaires, notamment ceux des moins qualifiés, sera entreprise.</p>	<p>favorisée à travers, notamment la révision de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales ;</p>	<p><i>la sécurité sociale pour 2000 ne s'annonce pas sous de meilleurs auspices.</i></p>
<p>A. - <u>Une politique de santé au service des populations</u></p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Organisant l'opacité des comptes, le Gouvernement entend agir seul dans le domaine de l'assurance maladie sans pour autant que soient claires les lignes directrices de son action.</i></p>
<p>1. Des soins de qualité pour tous</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>LES COMPTES SOCIAUX : L'OPACITÉ ORGANISÉE</i></p>
<p>a) Permettre à tous d'accéder aux soins</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Les comptes sociaux n'ont pas encore atteint une fiabilité suffisante. Ils ne sont disponibles que tardivement. Ainsi, le Parlement ne dispose pas d'une analyse sérieuse des comptes de 1998... quand il aborde ceux de 2000.</i></p>
<p>La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle constitue un progrès majeur pour garantir à tous l'accès aux soins. Elle ouvre le droit à une couverture complémentaire gratuite pour les plus modestes de nos concitoyens ; 6 millions de personnes sont concernées. Elle permettra également à l'ensemble des résidents d'accéder à une couverture maladie de base.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Ce problème technique peut être résolu dès lors que la volonté et les moyens existent.</i></p>
	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>C'est pourquoi il importe d'inscrire dans la loi deux objectifs : la mise en place d'un plan comptable unique pour les organismes de sécurité sociale et un butoir fixé au 31 mars pour la remise des comptes. Ces objectifs sont d'autant plus raisonnables qu'une période d'adaptation</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Le Gouvernement entend assurer, en liaison avec l'ensemble des acteurs concernés -professionnels de santé, caisses d'assurance maladie, collectivités locales, associations humanitaires, organismes de couverture complémentaire-, une pleine application de cette loi à partir du 1er janvier 2000.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>d'un an serait laissée aux organismes de sécurité sociale.</i></p>
<p>b) Promouvoir le droit des malades et construire la démocratie sanitaire</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Mais au-delà de cette question technique, l'intelligibilité des comptes sociaux, c'est-à-dire la compréhension par chacun, assuré ou contribuable, de la destination et de la raison d'être des prélèvements sociaux, est le fondement des lois de financement de la sécurité sociale.</i></p>
<p>Les états généraux de la santé ont donné la parole aux citoyens et ont permis d'engager un véritable débat public autour de la santé. Leur succès -près de mille réunions, une forte mobilisation des usagers- a montré un grand désir de participation. Les débats ont montré une forte attente d'information et d'écoute en matière de santé et une exigence de qualité portant sur les aspects relationnels, plus que sur les aspects techniques. L'accès aux soins, la lutte contre la douleur, le vieillissement, la santé des jeunes, la prévention sont également au centre des préoccupations de nos concitoyens.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Or, le Gouvernement organise l'opacité des comptes sociaux.</i></p>
<p>Le Gouvernement, pour tenir compte de ces préoccupations, propose une loi visant à affirmer les droits des malades, notamment en ce qui concerne l'accès au dossier médical. Des dispositifs plus efficaces de recours et de médiation seront mis en place. La participation des usagers à la définition et à la mise en oeuvre des politiques de santé publique, en particulier sur le plan régional, sera renforcée.</p>	<p>Le Gouvernement renforcée. Une réflexion sera menée pour prendre en compte l'aléa thérapeutique.</p>	<p><i>Le projet de loi de financement est faussé dans sa présentation</i></p>
<p>c) Renforcer les actions de prévention et de promotion de la santé</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>En réalité, le projet de loi est</i></p>

**Texte du projet de loi
(Annexe)**

Un plan d'information et d'actions pour garantir un exercice effectif du droit à la contraception a été engagé. Il s'agit de promouvoir une meilleure maîtrise de la contraception et de permettre le recours à la contraception d'urgence. Le gouvernement entend améliorer la prévention des grossesses non désirées et garantir l'accès à l'interruption volontaire de grossesse sur l'ensemble du territoire.

L'éducation thérapeutique des patients atteints de pathologies chroniques sera développée pour améliorer l'efficacité de la prise en charge et permettre une plus grande autonomie de la personne malade. Le diabète et l'asthme feront l'objet, dès 2000, d'expérimentations locales et régionales.

Dans les premiers mois de l'an 2000, tous les départements disposeront d'un programme de dépistage du cancer du sein, réalisé à partir d'un cahier des charges et garanti par un contrôle de qualité définis nationalement. Le dépistage du cancer du col de l'utérus sera généralisé dans les deux ans. Celui du cancer du côlon sera étendu à de nouveaux départements.

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

Un plan ...

... du territoire. Concernant les pilules dites de troisième génération, le Gouvernement poursuivra ses efforts afin de garantir à toutes les femmes un égal accès au choix le plus large de contraceptifs oraux.

La santé au féminin étant un volet incontournable de la politique de santé publique, le Gouvernement s'engage à veiller à renforcer la formation en gynécologie médicale.

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

**Propositions
de la commission**

présenté sur des bases fausses.

Le compte tendanciel pour 2000, présenté à la Commission des comptes en septembre est loin d'être une évolution spontanée : il intègre un certain nombre d'anticipations dont les principales sont la contribution au financement des 35 heures (5,5 milliards de francs) et la prise en charge par la sécurité sociale d'une partie de la majoration de l'allocation de rentrée scolaire (2,5 milliards de francs).

*Au total, avant toute « mesure » et toute « anticipation », le solde du régime général serait positif de **13,5 milliards de francs**.*

Le débat sur le projet de loi de financement est ainsi biaisé, tant au Parlement que dans l'opinion publique : la Commission des comptes de la sécurité sociale ne doit pas être le « faux-nez » du Gouvernement.

Actuellement, le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale est un homme seul à qui le Gouvernement dicte les « anticipations » qu'il souhaite voir figurer dans les comptes « tendanciels » de la sécurité sociale.

**Texte du projet de loi
(Annexe)**

Le Gouvernement poursuivra les actions entreprises dans le cadre du programme de prévention du suicide 1998/2000, notamment chez les jeunes. L'objectif est de réduire à moins de 10 000 le nombre des morts dues à des suicides chaque année en France.

La prévention a également été renforcée en matière de lutte contre le saturnisme. Il n'était pas acceptable que de jeunes enfants puissent contracter des maladies graves uniquement parce qu'ils n'ont pas la chance d'habiter dans des logements récents ou rénovés. La loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 d'orientation relative à la lutte contre les exclusions a rendu obligatoire la déclaration de tout cas de saturnisme observé chez une personne mineure, ainsi qu'un diagnostic de l'habitat lorsque celui-ci présente un risque manifeste ou lorsqu'un cas d'intoxication au plomb chez un mineur y a été identifié.

En 1999, un plan de lutte contre la drogue, les toxicomanies et en faveur de la prévention des dépendances aux substances psychoactives tenant compte des nouvelles modalités de consommation, en particulier, chez les jeunes a été établi. L'an 2000 permettra la mise en place d'une politique nationale de prévention des pratiques addictives, notamment pour les jeunes en milieu scolaire et extra-scolaire.

La lutte contre le tabagisme sera poursuivie notamment en favorisant l'accès des plus démunis aux substituts nicotiniques. Le nombre et les moyens des centres de cure ambulatoire en alcoologie, qui relèvent depuis le 1er janvier 1999 de l'assurance maladie, seront renforcés.

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

A la suite du rapport de M. Recours, le Gouvernement entend accentuer sa politique de lutte contre le tabagisme :

**Propositions
de la commission**

Il est proposé, en conséquence, que le secrétaire général de la Commission des comptes de la sécurité sociale soit nommé sur proposition conjointe des présidents des deux Assemblées et soit assisté d'une véritable équipe de collaborateurs de sorte qu'il ait une autonomie politique et technique lui permettant d'avancer de véritables analyses.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale compromet le redressement durable des comptes sociaux

Les trois premières lois de financement s'étaient efforcées, avec plus ou moins de bonheur, de redresser les comptes sociaux.

Le présent projet de loi s'attache à les dégrader, essentiellement par des mesures de débudgétisation : la majoration de l'allocation de rentrée scolaire était jusqu'à présent inscrite au budget de l'Etat, les exonérations de charges sociales accordées dans le cadre des 35 heures

**Texte du projet de loi
(Annexe)**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

**Propositions
de la commission**

- S'inscrivant dans la perspective de la hausse des prix de 20 % proposée par M. Recours, afin d'avoir un réel impact sur la consommation, le Gouvernement recherchera au cours des années 2000/2002 une hausse des prix du tabac d'au moins 5 % par an ;

- Les minima des perceptions des taxes seront progressivement relevés et uniformisés entre les différents types de cigarettes ;

- A l'occasion de sa présidence de l'Union européenne, la France proposera à ses partenaires un réexamen des règles de la fiscalité du tabac, afin de réduire la consommation et d'harmoniser les règles fiscales dans l'Union ;

devraient être intégralement compensées à la sécurité sociale par le budget de l'Etat.

Ce faisant, le Gouvernement compromet le redressement durable des comptes sociaux.

Ce redressement est fragile car il est en quelque sorte mécanique ; il n'est guère le fruit d'une maîtrise des dépenses mais il est le résultat de l'alourdissement spectaculaire des prélèvements affectés à la sécurité sociale, dont l'effet est amplifié par une conjoncture économique favorable.

Le Gouvernement se satisfait aujourd'hui d'un excédent symbolique de 2 milliards de francs alors que, depuis 1997, le régime général bénéficie, en moyenne, chaque année de 55 milliards de francs de recettes supplémentaires ; il a été, en outre, déchargé d'une dette de 220 milliards de francs financée jusqu'en 2014 par un prélèvement supplémentaire sur les ménages de l'ordre de 30 milliards de francs par an.

**Texte du projet de loi
(Annexe)**

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

**Propositions
de la commission**

- Les moyens dont disposeront l'Etat et la Caisse nationale de l'assurance-maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) seront renforcés ;

- Le Gouvernement permettra un meilleur accès aux substituts nicotiniques utilisés dans le sevrage tabacique ;

- Il organisera une concertation sur l'intérêt, en termes de santé publique, d'interdire la vente de tabac aux personnes de moins de seize ans, en s'inspirant des résultats obtenus dans les pays étrangers, et en associant davantage les petits débiteurs de tabac, pour qu'ils participent à des actions de prévention en direction des jeunes ;

Enfin, le nombre et les moyens des centres de cure ambulatoire en alcoologie, qui relèvent depuis le 1^{er} janvier 1999 de l'assurance maladie, seront renforcés.

Alinéa sans modification

Les prélèvements opérés sur la sécurité sociale soit sous la forme de charges indues ou de détournement de ses recettes au profit de « fonds spéciaux » sont inacceptables. Aussi importe-t-il de les supprimer et de rétablir les comptes du régime général qui seraient ainsi en excédent de plus de 10 milliards de francs.

Le Gouvernement multiplie les « fonds spéciaux » et les « tuyauteries »

La multiplication des fonds spéciaux par la loi de financement pour 1999 et par le projet de loi de financement pour 2000 achève de brouiller les comptes sociaux.

La loi de 1994 avait posé une règle simple et fondamentale pour une gestion claire de la sécurité sociale : la compensation intégrale par le budget des exonérations de charges sociales décidées par l'Etat.

Le fonds de financement des 35 heures créé par le projet de loi de

En 1999, des orientations d'actions en matière de politique nutritionnelle et de carences nutritionnelles ont été définies. Le Gouvernement entend inscrire la nutrition

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>parmi les thèmes prioritaires de santé publique au niveau de l'Union européenne, en 2000.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>financement pour 2000 conduit à la confusion la plus totale.</i></p>
<p>La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles sera renforcée. En 1999, les missions des centres de dépistage anonyme et gratuit ont été étendues au dépistage de l'hépatite B et C et aux maladies sexuellement transmissibles. Ce dépistage sera en 2000 entièrement pris en charge par l'assurance maladie.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Les exonérations de charges -qui mélangent la compensation du coût des 35 heures et l'allègement des charges sur les bas salaires- seront désormais financées :</i></p>
<p>d) Améliorer la qualité des soins</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- par les droits sur les tabacs ;</i></p>
<p>Pour améliorer la qualité des soins en cancérologie, la pluridisciplinarité des prises en charge sera favorisée et des réseaux seront constitués pour garantir la coordination et la continuité des soins.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- par la création d'un impôt nouveau sur les entreprises (la contribution sur le bénéfice des entreprises) ;</i></p>
<p>Le Gouvernement a engagé une démarche identique pour améliorer la prise en charge des personnes diabétiques. Un programme d'organisation des soins sera mis en oeuvre en 2000 en se fondant en particulier sur les recommandations de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES).</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- par l'affectation de la TGAP dont l'assiette sera étendue et le taux relevé ;</i></p>
<p>La sécurité et la qualité de prise en charge de la grossesse seront améliorées. La mise en place d'une politique périnatale, favorisant au niveau régional le travail en réseau de l'ensemble des établissements de santé et des professionnels concernés, débutée en 1999, sera poursuivie en 2000. Au niveau individuel, chaque femme enceinte devrait pouvoir bénéficier d'un premier entretien spécialisé centré sur la prévention.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- par une taxation des heures supplémentaires payées par les entreprises mais pesant sur les salariés ;</i></p>
<p>Attaché à conforter et développer la pratique de la dialyse dans notre pays, le Gouvernement mettra en place un système de recensement des malades permettant d'adapter les structures de soins aux</p>	<p>Attaché à conforter et développer la pratique de la dialyse dans notre pays, le Gouvernement mettra en place un système de recensement des malades permettant d'adapter les structures de soins aux</p>	<p><i>- par les droits sur les alcools antérieurement affectés au FSV.</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>L'évaluation du respect des mesures de sécurité anesthésique et de la qualité de prise en charge des urgences à l'hôpital sera poursuivie.</p>	<p>besoins recensés.</p> <p>L'évaluation ... anesthésique, en s'assurant de la formation en nombre suffisant d'anesthésistes, et de la qualité poursuivie.</p>	<p><i>Ces deux derniers prélèvements sont venus se substituer au dernier moment à la contribution que le Gouvernement entendait imposer à la sécurité sociale et à l'UNEDIC.</i></p>
<p>Les actions débutées en 1999, dans le cadre du plan national de lutte contre l'hépatite C, seront poursuivies, en particulier en matière de prévention, afin que le plus grand nombre des personnes porteuses du virus de l'hépatite C connaissent leur état sérologique et reçoivent les traitements nécessaires.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>De sorte que « la réforme d'ampleur de l'assiette des cotisations patronales » annoncée par le Gouvernement débouche sur l'affectation à la compensation des exonérations de charges d'une collection hétérogène et sans fondement de recettes de poche et d'impôts nouveaux.</i></p>
<p>Le programme de lutte contre la douleur, débuté en 1998, sera renforcé avec la généralisation des protocoles déléguant aux infirmiers la prescription d'antalgiques et la poursuite d'une large information du public. Le dispositif de prise en charge à domicile des personnes en fin de vie sera renforcé.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Ce « nouveau plan de financement » reste au demeurant partiel : le tiers (15 à 20 milliards de francs) du surcoût du projet de loi 35 heures reste non financé pour l'avenir alors même que la sécurité sociale reste taxée, cette fois indirectement.</i></p>
<p>e) Poursuivre l'organisation du dispositif de sécurité sanitaire</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Le fonds de réserve pour les retraites s'inscrit dans un contexte flou. Dès lors que le Gouvernement n'a toujours pas précisé, ne serait-ce que « ses orientations générales » sur la réforme des retraites, les missions du fonds de réserve restent indéterminées, alors même que son</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>La loi n° 98-535 du 1er juillet 1998 relative au renforcement de la veille sanitaire et du contrôle de la sécurité sanitaire des produits destinés à l'homme a permis la création d'une Agence de sécurité sanitaire des aliments, la transformation du réseau national de santé publique en Institut de veille sanitaire et celle de l'Agence du médicament en Agence de sécurité sanitaire des produits de santé.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>financement par la sécurité sociale apparaît litigieux.</i></p>
<p>Un Comité national de la sécurité sanitaire réunit l'ensemble des autorités compétentes et permet d'assurer une coordination générale de l'action publique. Des systèmes d'alerte ont été mis en place dans les grands secteurs de risque et permettent des interventions plus rapides et plus précoces des pouvoirs publics.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Constituées à l'origine par les excédents du FSV, les ressources du fonds de réserve se compliquent singulièrement dans le projet de loi de financement pour 2000.</i></p>
<p>Ces institutions sont désormais opérationnelles ; leurs conseils d'administration ont été récemment installés. Elles donneront toute leur portée aux actions de prévention, d'alerte et d'évaluation mais également de gestion des risques lorsqu'ils surviennent.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Désormais, le fonds de réserve bénéficierait d'une part des excédents prévisionnels de la branche vieillesse à hauteur de 2,9 milliards de francs. Il serait d'autre part alimenté par le détournement, au détriment des branches maladie, vieillesse et famille, de la majeure partie (5,5 milliards de francs) du prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine.</i></p>
<p>De même, l'obligation de lutte contre les infections nosocomiales a été renforcée. La mise en place des comités de lutte contre les infections nosocomiales (CLIN) est désormais une obligation légale, y compris dans les établissements privés. La loi du 1er juillet 1998 organise un système de signalement de ces infections.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>En effet, les excédents du FSV, dont le fonds de réserve bénéficiait ont été confisqués en catastrophe pour financer les 35 heures (affectation du droit sur les alcools).</i></p>
<p>Le Gouvernement entend poursuivre le renforcement de ce dispositif :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Ainsi, le nouveau plan de financement des 35 heures :</i></p>
		<p><i>- assèche dans un premier temps une des voies d'alimentation du fonds de</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>- l'Agence française du sang laissera place au 1er janvier 2000 au nouvel Etablissement français du sang chargé de la collecte, de la production et de la distribution des produits sanguins labiles sur l'ensemble du territoire ,</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>réserve pour les retraites en privant le FSV du droit sur les alcools directement affecté aux 35 heures en remplacement de la contribution que le Gouvernement entendait initialement imposer à la sécurité sociale ;</i></p>
<p>- une Agence de sécurité sanitaire environnementale destinée à mieux expertiser et évaluer l'impact, sur la santé, des perturbations de l'environnement sera créée.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- compense cette mesure par l'affectation directement au fonds de réserve pour les retraites du prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine mais en prive ce faisant la sécurité sociale.</i></p>
<p>f) Améliorer la sécurité au travail, mieux prendre en charge les maladies professionnelles</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Au total, la sécurité sociale finance bien, mais indirectement, les 35 heures.</i></p>
<p>Le nombre des accidents du travail est à nouveau en augmentation. Si la reprise de l'activité peut expliquer ce phénomène, il n'en appelle pas moins une vigilance accrue.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Pour la CNAM, la situation est particulièrement inquiétante : le présent projet de loi la prive de l'essentiel de la recette que la loi du 27 juillet 1999 lui avait affectée pour financer la couverture maladie universelle.</i></p>
<p>Le Gouvernement a donc ouvert une réflexion collective et concertée afin</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Du fait de la multiplication des tuyauteries décidées par le Gouvernement, le prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine aura ainsi été modifié trois fois en moins d'un an par le Gouvernement.</i></p>
		<p>Affectation du prélèvement 2 %</p>
		<p> LFSS 1999 Loi du 27 PLFSS</p>

**Texte du projet de loi
(Annexe)**

d'assurer une meilleure prévention des risques professionnels. Il s'agit d'assurer une meilleure articulation de l'action, au sein de l'entreprise, des représentants du personnel, de la médecine du travail, des services de prévention de l'assurance maladie et de l'inspection du travail.

Dans ce cadre, les organisations de salariés et d'employeurs ont engagé, depuis avril 1999, une concertation sur les améliorations à apporter à notre système de prévention. Le Gouvernement souhaite que ces réflexions contribuent à la définition d'une réforme de la médecine du travail qui permettra de garantir l'indépendance des médecins et de développer les actions de prévention dans le milieu du travail.

L'Institut de veille sanitaire renforcera, pour sa part, la surveillance des risques professionnels. L'inspection du travail sera mobilisée dans le cadre d'orientations prioritaires portant sur l'évaluation des risques dans les entreprises, notamment la lutte contre le risque cancérigène et la surveillance de la qualité des équipements de travail et de protection.

Par ailleurs, le dispositif de prise en charge des maladies professionnelles a été profondément rénové pour mieux garantir les droits des victimes.

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

**Propositions
de la commission**

		juillet 1999 (CMU)	2000
CNAF	50 %	22 %	13 %
CNAV	50 %	50 %	30 %
CNAM	-	28 %	8 %
Fonds de réserve pour les retraites	-	-	49 %
TOTAL	100 %	100 %	100 %

Le Gouvernement met ainsi en place, dans la confusion et l'opacité, des mécanismes de transferts au détriment de la sécurité sociale dans son ensemble mais qui visent particulièrement la branche famille.

Aussi est-il proposé de supprimer l'ensemble de ces mécanismes de prélèvements et de transferts : impôts nouveaux sur les entreprises (CSB et TGAP), spoliation des salariés (taxation des heures supplémentaires), ou transfert aux dépens de la sécurité sociale (détournement du droit sur les alcools ou du prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine).

Il est donc prévu, dans le respect de l'autonomie des branches de la sécurité sociale, que celles-ci bénéficient des

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Ainsi, un délai raisonnable est désormais imposé aux caisses pour reconnaître le caractère professionnel de la maladie. Les délais de prescription ont été redéfinis afin d'empêcher que les victimes soient privées de leurs droits du seul fait de la méconnaissance de l'origine professionnelle de leur état. Pour les victimes de l'amiante,</p>	<p>Ainsi, un délai ...</p> <p>... de l'amiante, tous les dossiers prescrits peuvent désormais être ouverts.</p>	<p><i>excédents qu'elles créent (CNAF - CNAV) ou assument a contrario des dettes qu'elles génèrent (CNAMTS).</i></p> <p><i>Il y va de la clarté dans laquelle doit se poursuivre le redressement des comptes sociaux et de la responsabilisation de chacun.</i></p>
<p>Le barème d'invalidité en matière de maladie professionnelle a été rendu opposable aux caisses. La création de nouveaux tableaux, comme en 1999 celui relatif aux lombalgies et aux dorsalgies graves, permettra la prise en charge de nouvelles pathologies.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Dans le rapport annexé à la loi de financement pour 1998, le Gouvernement affirmait sa « volonté de restructurer l'équilibre financier gravement compromis aujourd'hui de la branche famille » et décidait la mise sous conditions de ressources des allocations familiales.</i></p>
<p>Des mesures particulières ont par ailleurs été prises en faveur des victimes de l'amiante. Les modalités de reconnaissance des pneumoconioses ont été alignées sur le droit commun. Un fonds a été créé pour financer l'allocation de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante. Dans un premier temps, les personnes concernées étaient celles ayant travaillé dans des entreprises de fabrication de matériaux contenant de l'amiante. Le Gouvernement propose d'ouvrir le champ de l'allocation à d'autres secteurs d'activité : dockers, entreprises de flochage et calorifugeage, réparation et construction navales.</p>	<p>Des mesures ...</p> <p>... navales. Le Gouvernement étudie également la possibilité d'accorder cette allocation aux salariés relevant de la sidérurgie ayant travaillé au contact de l'amiante.</p>	<p><i>Le fait que la branche famille enregistre aujourd'hui des excédents n'a rien de surprenant : le contraire serait même étonnant dans un contexte de croissance.</i></p>
	<p>Enfin, il n'est plus supportable que</p>	<p><i>Les réserves qu'elle peut accumuler</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
2. Moderniser notre système de santé et d'assurance maladie	les victimes d'accidents successifs du travail ne soient pas indemnisés sur la base d'un taux cumulé d'incapacité.	<i>aujourd'hui lui permettront demain d'éviter une nouvelle remise en cause des fondements de notre politique familiale.</i>
a) La médecine de ville : confier une pleine responsabilité aux caisses et aux professionnels de santé pour réguler la médecine de ville	Alinéa sans modification	<i>De même, la branche vieillesse est dans l'œil du cyclone à la veille du choc démographique de 2005. Dans cette attente, il est sain qu'elle puisse constituer des réserves productives d'intérêts. Et il est prudent que ces réserves restent en son sein plutôt que de migrer vers un fonds de réserve dont les missions sont aussi incertaines.</i>
La modernisation de notre système de santé passe par un partenariat actif entre les caisses d'assurance maladie et des professionnels de santé tant au niveau national qu'au niveau local.	Alinéa sans modification	<i>A terme, si la sécurité sociale présente des excédents durables, au-delà des cycles conjoncturels, il importera d'ouvrir dans la transparence un débat sur l'affectation de ces réserves : amélioration des prestations, diminution des prélèvements d'aujourd'hui ou encore remboursement anticipé de la dette sociale, c'est-à-dire diminution des prélèvements qui pèsent sur les générations à venir jusqu'en 2014.</i>
C'est en grande partie à travers ce partenariat que peuvent aboutir les politiques structurelles qui conditionnent la qualité et l'efficacité de notre système de santé en ville.	Alinéa sans modification	L'ASSURANCE MALADIE : LE GOUVERNEMENT ENTEND AGIR SEUL
Les possibilités offertes aux partenaires conventionnels ont été élargies. Ainsi, ils peuvent modifier les modalités de rémunération des professionnels libéraux, adapter les dispositifs de régulation de la démographie médicale, favoriser le développement des réseaux ou accroître la transparence des informations sur l'activité médicale.	Alinéa sans modification	<i>Dans le domaine de l'assurance</i>
Le Gouvernement soutient le processus d'informatisation des cabinets médicaux	Alinéa sans modification	

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>qui, malgré des difficultés techniques initiales, connaît un développement significatif : 70 % des cabinets médicaux sont aujourd'hui informatisés. Il a pris les dispositions législatives nécessaires au développement de la carte médicalisée qui se substituera à la première génération de cartes Vitale.</p>	Alinéa sans modification	<p><i>maladie, le Gouvernement semble vouloir se passer tout à la fois du Parlement, des professionnels de santé et de la CNAMTS. Pour autant, les lignes directrices de son action sont loin d'être claires.</i></p>
<p>Il propose au Parlement de renforcer cette politique conventionnelle en confiant aux caisses et aux professionnels de santé une pleine délégation pour réguler les soins de ville.</p>	Alinéa sans modification	<p><i>Le Gouvernement semble vouloir se passer du Parlement</i></p>
<p>Les caisses et les syndicats représentatifs auront la responsabilité de gérer une enveloppe englobant la rémunération de l'ensemble des professionnels libéraux. Il leur appartiendra de prendre les mesures de toute nature nécessaires pour assurer le respect de cet objectif. Les caisses disposeront, dans ce cadre, de prérogatives accrues lorsqu'un accord avec les professionnels n'est pas possible. En contrepartie de cette délégation de responsabilités, elles devront établir périodiquement que leurs décisions sont conformes aux objectifs qui leur sont assignés.</p>	Alinéa sans modification	<p><i>L'ONDAM pour 1998 a été dépassé de près de 10 milliards de francs. L'ONDAM 1999 le sera de 13,1 milliards de francs.</i></p>
<p>De même, les caisses en charge de la gestion du risque et du contrôle médical ont une responsabilité essentielle quant à l'évolution des prescriptions. Elles seront appelées à rendre compte périodiquement de leur action dans ce domaine.</p>	Alinéa sans modification	<p><i>En « rebasant » l'ONDAM 2000 qui ne progresserait ainsi que de 2,5 % par rapport aux « dépenses attendues pour 1999 », le Gouvernement évite d'afficher un taux de progression de 4,5 % par rapport à la loi de financement pour 1999.</i></p>
<p>La perspective d'un reversement du corps médical, en cas d'évolution excessive de prescriptions, n'a pas prouvé son efficacité en termes de modifications de comportements et n'apporte pas de réelles garanties en termes financiers à l'assurance maladie. Aussi le Gouvernement entend-il promouvoir un meilleur usage de prescription notamment en matière de médicament en s'appuyant sur des bases médicalisées et en privilégiant des mécanismes incitatifs. Ainsi, les caisses et les professionnels de santé seront appelés à définir des programmes de bon usage des soins au plan national ou local dont la réussite</p>	Alinéa sans modification	<p><i>Il prétend ainsi masquer les dérapages intervenant depuis deux ans.</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>ouvrira droit à un intéressement des professionnels. De même, possibilité leur sera ouverte d'augmenter la prise en charge des cotisations sociales des professionnels qui acceptent de prendre des engagements particuliers sur la qualité de leur pratique.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Ce faisant, il relègue l'ONDAM au rang d'une simple « hypothèse économique » et fait perdre au vote de l'ONDAM une bonne part de sa substance.</i></p>
<p>Par ailleurs, le Gouvernement poursuit la modernisation de notre système de ville. Ainsi, après une large concertation avec les pharmaciens, une réforme des règles d'implantation des officines et de la marge des pharmaciens a été mise en oeuvre. De même, il entend, en accord avec les professionnels paramédicaux, promouvoir une meilleure adaptation des soins aux besoins des patients. Pour cela, les professionnels auront la possibilité, si le médecin l'accepte et sous son contrôle, de définir un plan de soin.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>A cet égard, il est significatif que onze des quatorze articles de la loi de financement pour 1999 ne sont pas encore appliqués : le dépistage du cancer, la création d'un Conseil pour la transparence des statistiques de l'assurance maladie, la mission d'évaluation des Unions de médecins exerçant à titre libéral, la modulation du MICA, le fonds d'aide à la qualité des soins de ville, le contenu du devis et de la facture des chirurgiens-dentistes, l'exercice des professionnels de santé dans les établissements d'hébergement des personnes âgées dépendantes.</i></p>
<p>b) L'hôpital : promouvoir la qualité des soins et adapter l'offre aux besoins</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Le Gouvernement semble vouloir se passer des professionnels de santé</i></p>
<p>Promouvoir la qualité des soins, adapter notre offre hospitalière aux besoins,</p>	<p>Promouvoir ...</p>	<p><i>Les relations conventionnelles avec</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>favoriser la coopération entre établissements et avec la médecine de ville, améliorer l'efficacité globale du système hospitalier constituent les objectifs généraux de la politique hospitalière du Gouvernement.</p>	<p>... hospitalier et adapter le financement correspondant à ces besoins constituent du Gouvernement.</p>	<p><i>la majorité des professionnels de santé sont dans une situation de blocage :</i></p>
<p>La démarche d'accréditation est engagée dans plusieurs dizaines d'établissements hospitaliers. Cette démarche est essentielle non seulement parce qu'elle permet de contrôler la qualité des soins dispensés mais également parce qu'elle est l'occasion d'engager une démarche de progrès dans les établissements concernés. Le Gouvernement est attaché à ce que les résultats de l'accréditation soient rendus publics pour répondre à l'exigence légitime de transparence de nos concitoyens.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- les relations avec les médecins généralistes sont régies par une convention sans dispositif de régulation ;</i></p>
<p>De nouveaux schémas d'organisation sanitaire ont été établis. Leur élaboration a donné lieu à une large concertation avec les représentants des établissements et de leurs personnels ainsi qu'avec les représentants des usagers et les élus locaux. Ces documents ont permis de définir les priorités régionales qui serviront de base à la reconstitution de l'offre hospitalière. Ainsi, certaines activités (cardiologie, cancérologie) vont connaître des développements pour mieux répondre aux besoins. D'autres activités (urgences ...) sont appelées à se concentrer sur certains sites du fait des exigences de sécurité et de l'évolution des techniques et des modes de prises en charge. Les schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS) dessinent enfin le contour des réseaux qui seront instaurés entre les établissements notamment pour adapter la prise en charge à la situation des patients (périnatalité, cancérologie). Enfin, les SROS permettent d'organiser les conversions progressives du court séjour vers les long et moyen séjours.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- les relations avec les médecins spécialistes, en l'absence de convention, sont régies par un règlement conventionnel minimal partiellement annulé ;</i></p>
<p>Le Gouvernement poursuit la politique de réduction des inégalités entre régions et engage une réforme profonde des modes d'allocation des ressources pour mieux prendre en compte l'activité médicale des établissements. D'ores et déjà, la loi prévoit la possibilité d'expérimenter la tarification à la pathologie. L'étude des conditions techniques d'une généralisation de ce mode de tarification est engagée avec les représentants de l'hospitalisation publique et privée. Une attention particulière sera</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- la vie conventionnelle des chirurgiens-dentistes est bloquée depuis la décision ministérielle du 26 juin 1998 ;</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>portée, dans ce cadre, à la prise en compte des charges particulières liées aux exigences du service public (permanence de soins, recherche, formation ...). C'est dans cet esprit que le Gouvernement propose un nouveau mode d'allocation des ressources aux cliniques privées. Elle vise à entamer dès à présent la transition vers la tarification à la pathologie, en faisant varier progressivement les tarifs, tant au niveau des régions que des établissements, pour tenir compte de l'activité médicale.</p>	<p>Le Gouvernement s'engage à mener une réflexion sur un renforcement de la régionalisation et de la fongibilité des enveloppes du système de santé et notamment sur la mise en place d'une enveloppe spéciale d'un montant de 0,1 % de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie confiée aux régions les plus en retard du point de vue sanitaire.</p>	<p><i>- les relations conventionnelles avec les sages-femmes ont été menacées, en 1999, par un projet d'arrêté ministériel ;</i></p>
<p>c) Le médicament : optimiser les prescriptions et les remboursements</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- l'objectif d'évolution des dépenses des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie n'a pas été fixé en l'absence d'un accord tripartite en 1999 ;</i></p>
<p>La politique du Gouvernement est guidée par le souci de mettre à la disposition de nos concitoyens les progrès réalisés dans le domaine du médicament, tout en maîtrisant l'évolution des dépenses. Aussi, il convient d'optimiser la prescription et les remboursements pour pouvoir valoriser les efforts de recherche et bien rembourser les médicaments les plus utiles.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- les négociations tripartites entre l'Etat, l'assurance maladie et les cliniques ont également échoué en 1999.</i></p>
<p>Dans cet esprit, le Gouvernement a donc pris les dispositions nécessaires pour promouvoir le développement des génériques. Les pharmaciens sont aujourd'hui autorisés à substituer des génériques aux produits princeps. La profession, dans le cadre d'un accord global, a pris des engagements sur le niveau de substitution des génériques</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Cette situation de vide conventionnel ne peut être masquée par les avancées enregistrées dans les relations conventionnelles avec les auxiliaires</i></p>

**Texte du projet de loi
(Annexe)**

aux produits princeps.

Le service médical rendu a vocation à servir de base à la définition des prix et du taux de remboursement des spécialités thérapeutiques. L'intérêt thérapeutique de l'ensemble des spécialités commercialisées fera l'objet d'une réévaluation dans l'année à venir. Cette démarche est d'ores et déjà engagée pour plus de mille spécialités.

La politique du Gouvernement en matière de médicament s'appuie sur les relations conventionnelles avec les laboratoires dans le cadre fixé par l'accord signé en 1999 avec le Syndicat national de l'industrie pharmaceutique. Cet accord fixe la base d'une coopération entre les pouvoirs publics et l'industrie pour, notamment, maîtriser les frais de promotion ou réduire les surconsommations avérées dans certaines classes thérapeutiques.

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

Il conviendrait de permettre le développement de l'automédication.

Le Gouvernement mènera une réflexion afin d'engager une réforme de la fonction logistique dans la distribution du médicament.

**Propositions
de la commission**

médicaux ou la conclusion d'un accord avec l'industrie pharmaceutique, à la suite du vote par le Parlement, d'un mécanisme de taxation automatique.

De fait, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 consacre, en droit, la fin des relations conventionnelles globales :

- l'article 17 du projet de loi définit des conventions dans lesquelles plus rien n'est à négocier. On imagine mal, en effet, qu'un syndicat représentatif d'une profession de santé libérale accepte de signer une convention et des tarifs qui pourront être modifiés au quatrième, puis au huitième mois de l'année au gré des fluctuations conjoncturelles de dépenses ;

- en complément, un amendement adopté à l'Assemblée nationale, s'attaque directement à l'existence des syndicats représentatifs de l'ensemble des médecins spécialistes. Il donne en effet à tout syndicat représentatif d'une spécialité médicale la possibilité de conclure un accord sectoriel avec l'assurance maladie, qu'il y ait ou non convention. La porte est ouverte à toutes les surenchères, à toutes les négociations séparées, entre syndicats ou à l'intérieur des syndicats.

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Les lois de financement de la sécurité sociale ne peuvent accueillir que des dispositions ayant une incidence financière. Le Gouvernement proposera donc au printemps de l'année 2000 un texte relatif à la santé. Ce texte sera construit dans le partenariat autour des objectifs suivants :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Le Gouvernement semble vouloir se passer de la CNAMTS</i></p>
<p>- moderniser l'assurance maladie et le cadre de ses relations avec les professionnels de santé ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Utilisant pour la première fois, depuis les ordonnances de 1967, le rôle de proposition qui leur avait été confié, les partenaires sociaux réunis au sein du Conseil d'administration de la CNAMTS ont élaboré un plan ambitieux et audacieux de refondation du système de soins. Il aurait gagné à être analysé par le Gouvernement et débattu devant le Parlement. Cependant, la CNAMTS semble s'être mêlée, aux yeux du Gouvernement, de « ce qui ne la regardait pas » : l'hôpital.</i></p>
<p>- instaurer une véritable démocratie sanitaire et garantir les droits des malades ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>La réponse du Gouvernement à la CNAMTS tient en trois points :</i></p>
<p>- améliorer la qualité de notre système de soins, notamment en modernisant les conditions d'exercice des professionnels et en développant la prévention et l'éducation pour la santé ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- une réponse indirecte, d'abord : trois accords sectoriels ont été conclus en 1999 par l'Etat, sans l'assurance maladie, avec des représentants de deux spécialités médicales et des biologistes ;</i></p>
<p>- mieux coordonner politique de santé et lois de financement de la sécurité sociale.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- trois réponses directes : d'abord, le projet de loi de financement ne met en œuvre aucune des propositions de la</i></p>
<p>B. - <u>Rénover la politique familiale</u></p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Le Gouvernement entend aider et soutenir les familles pour qu'elles puissent pleinement assumer le rôle majeur qui leur revient dans l'éducation des enfants, la cohésion sociale, la construction de notre avenir.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Il a entrepris une rénovation en profondeur de la politique familiale dont la Conférence de la famille, réunie annuellement depuis 1998, marque les étapes. Il entend ainsi associer à sa définition l'ensemble des acteurs concernés, notamment le mouvement</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>familial.</p> <p>Le Gouvernement s'attache à conforter les parents dans leur rôle éducatif, notamment en favorisant leur participation à la vie de l'école. Il a entrepris la mise en place d'un réseau national d'appui, d'écoute et de conseil aux parents. Il poursuit avec la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) une politique active pour favoriser l'accueil des enfants hors du temps scolaire à travers les contrats temps libre et les contrats éducatifs locaux.</p> <p>Il a entrepris de rendre les aides aux familles plus justes à travers la réforme du quotient familial.</p> <p>Il est particulièrement sensible aux problèmes rencontrés par les familles ayant en charge les jeunes adultes. Après avoir étendu à vingt ans les allocations familiales pour tous les enfants à charge de leurs parents, il propose de porter à vingt-et-un ans l'âge pris en compte pour le calcul des allocations logement et le complément familial.</p> <p>La politique de réduction du temps de travail libérera du temps pour la vie familiale et les contraintes particulières des parents seront prises en compte dans le nouveau dispositif d'aménagement du temps de travail.</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>Il sera remis au Parlement avant le 1^{er} octobre 2000, en vue de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, un rapport sur l'ensemble des aides auxquelles ouvre droit la charge de jeunes adultes, ainsi que sur celles qui leur sont versées.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>CNAMTS. Bien au contraire, il exclut ensuite l'assurance maladie de la régulation des cliniques privées, allant ainsi à l'encontre de toutes les politiques visant à développer la coordination entre l'hospitalisation et la ville, et négligeant les économies qui pourraient être réalisées du fait de cette coordination. Enfin, il instaure un dispositif d'obstruction à l'égard de la CNAMTS, qui serait chargée, au détriment de sa mission d'assureur, de rédiger chaque année une centaine de rapports d'équilibre destinés au Gouvernement : la CNAMTS passerait ainsi du statut de « payeur aveugle » à celui de « gratte-papier éclairé »...</i></p> <p><i>Pour autant, les lignes directrices de sa politique pour l'assurance maladie n'apparaissent pas clairement</i></p> <p><i>Ainsi, de nombreux médecins sont inquiets du silence gouvernemental en matière de politique de réduction de déséquilibres de la démographie médicale, et notamment de l'avenir incertain du MICA. Les dispositions réglementaires instituant la modulation du dispositif qui</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Dans la perspective de la Conférence de la famille de l'an 2000, la Délégation interministérielle à la famille est chargée de conduire une réflexion et de faire des propositions sur les conditions de l'accueil du jeune enfant.</p>	<p>Dans la perspectivedes propositions sur les structures et les conditions... ... jeune enfant.</p>	<p><i>devaient intervenir au 1^{er} juillet 1999 ne sont toujours pas publiées, et la situation financière du FORMMEL, qui assure la gestion du MICA, est déjà déficitaire.</i></p>
<p>Les aides au logement ont été améliorées en assurant leur revalorisation effective et en programmant l'alignement des loyers plafond de l'allocation de logement familial sur ceux de l'aide personnalisée au logement. Cette action sera poursuivie avec, pour objectif, une harmonisation des barèmes et des conditions de ressources pour répondre à un souci de simplification, de cohérence et de justice sociale.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>De même, si votre Commission souligne le travail accompli par les agences régionales de l'hospitalisation pour rédiger les nouveaux SROS, la commission s'inquiète du retard pris dans la conclusion des contrats d'objectifs et de moyens avec les établissements publics de santé ainsi que dans la procédure d'accréditation. Alors que tous les établissements devaient s'être engagés dans la démarche avant 2001, seuls 70 établissements l'ont fait à ce jour. Et aucun établissement n'a encore été accrédité. Les mesures de revalorisation du statut des PH demeurent hors de proportion avec celles qui seraient nécessaires pour attirer les jeunes médecins vers l'hôpital public. Enfin, le Gouvernement n'a toujours pas fourni à la commission des Affaires sociales une estimation financière du coût, pour les finances sociales, de l'application des 35 heures à l'hôpital public.</i></p>
<p>Pour permettre la mise en oeuvre sur le long terme de cette politique, il est proposé de garantir l'évolution des ressources de la branche famille.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>C. - <u>Faire face au défi du vieillissement</u></p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>1. Consolider nos régimes par répartition</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Le Gouvernement entend assurer la pérennité de nos régimes par répartition, dans la concertation et le souci de l'équité entre générations et entre régimes.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>Le Commissariat général du Plan a établi un diagnostic de la situation de nos régimes de retraite en associant à cet exercice les partenaires sociaux et les représentants des divers régimes.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Dans le domaine de l'assurance maladie, les relations conventionnelles des professionnels de santé avec l'assurance</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>Ce diagnostic montre que nos régimes par répartition ont réussi à assurer aux retraités un niveau de vie équivalent à celui des actifs. Il montre également les charges croissantes auxquelles ils devront faire face après 2005 du fait de l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses nées après 1945 et de l'allongement de la durée de vie.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>maladie doivent être impérativement maintenues. Il est ainsi proposé un mécanisme alternatif de régulation des dépenses médicales faisant appel à la responsabilité individuelle des médecins et contribuant à l'amélioration des pratiques médicales, dans l'intérêt des patients. Il présente les caractéristiques suivantes :</i></p>
<p>Sur la base de ce diagnostic, le Gouvernement a ouvert une concertation avec les partenaires sociaux afin de définir les principes directeurs qui permettront d'adapter l'ensemble des régimes au nouveau contexte démographique. Cette phase de concertation s'échelonnera jusqu'au début de l'année 2000.</p>	<p>Sur la base permettront de consolider l'ensemble de l'année 2000.</p>	<p><i>- il assure le maintien de la vie conventionnelle</i></p>
<p>Pour faciliter l'adaptation des régimes de retraites, la constitution d'un fonds de réserve sera poursuivie notamment par l'affectation des excédents de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS).</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- il est simple (il se lit en une page, au lieu des quelque treize pages du projet de loi utilisées pour décrire celui du Gouvernement) ;</i></p>
<p>2. Accroître la qualité des réponses données au problème de la dépendance</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- il est médicalisé, et a donc l'avantage de contribuer à améliorer la qualité des soins tout en maîtrisant les dépenses ;</i></p>
<p>Le nombre des personnes dépendantes est appelé à s'accroître. Il est actuellement d'environ 700 000. L'effort consenti pour assurer le développement des services de soins infirmiers à domicile (2000 en 1999) et des lits de sections de cure médicale (7000 en 1999) sera poursuivi.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- il est régionalisé, car c'est au niveau régional que seront le mieux appréciés les dépassements, leurs causes, et les modalités de leur résorption ;</i></p>
<p>L'action du Gouvernement s'oriente selon trois axes :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>- il est efficace, puisqu'il garantit le</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>- améliorer la coordination des aides autour de la personne. Pour cela, des expérimentations de « guichets uniques » ou de « bureaux d'informations et de conseils » seront lancées sur un certain nombre de sites volontaires ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>respect de l'objectif de dépenses ;</i></p> <p><i>- il permet aux médecins d'amender individuellement leurs pratiques professionnelles, si les mécanismes collectifs de maîtrise médicalisée n'ont pas suffi à assurer le respect de l'objectif.</i></p>
<p>- favoriser le maintien à domicile. Le développement des services d'aide à domicile sera soutenu. La loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 a ainsi prévu l'exonération à 100 % des charges patronales de sécurité sociale pour les interventions de ces services auprès de personnes handicapées ou dépendantes. Les modalités de tarification des aides à domicile seront améliorées, en concertation avec l'ensemble des acteurs de ce secteur d'activité ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Il est également proposé de réintégrer l'assurance maladie dans la régulation des cliniques privées. Enfin l'article 21 du projet de loi, qui institue un objectif de dépenses pour le secteur du médicament, est contraire à la loi organique qui prévoit que les lois de financement fixent un objectif national de dépenses d'assurance maladie, et non des objectifs par secteurs de dépenses.</i></p>
<p>- préparer, dans les meilleures conditions, l'entrée en vigueur de la réforme de la tarification des établissements pour personnes âgées. Cette réforme permettra de rendre plus transparente et équitable l'allocation des moyens de l'assurance maladie entre les établissements. Elle permettra en outre d'améliorer la qualité des prestations fournies et la formation des personnels et de mieux affirmer les droits des personnes âgées accueillies dans les établissements.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>En ce qui concerne, enfin, la prestation spécifique dépendance (PSD) instituée par la loi n°97-60 du 24 janvier 1997, le Gouvernement s'est engagé, lors du Comité national de coordination gérontologique (CNCG) du 29 avril 1999, à prendre des mesures législatives et réglementaires permettant d'améliorer le fonctionnement de cette prestation dont les résultats sont inférieurs aux prévisions et témoignent d'importantes inégalités de traitement entre les départements.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p><u>D.- Favoriser l'intégration des personnes handicapées - améliorer la prise en charge des personnes les plus gravement handicapées</u></p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>Près de 3 millions de personnes sont confrontées à un handicap plus ou moins grave. Le Gouvernement conduit une politique globale en faveur de ces personnes, autour de deux objectifs majeurs : favoriser l'intégration des personnes handicapées dans le milieu de vie ordinaire, améliorer la prise en charge des plus gravement handicapées d'entre elles.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>Ces principes commandent la mise en oeuvre de trois grandes catégories de mesures :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>- promouvoir le développement des dispositifs les plus favorables à l'intégration. La socialisation et l'intégration la plus précoce possible dans leur famille et à l'école ordinaire constituent un objectif prioritaire. Tous les départements seront dotés progressivement de centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP). La création ou l'extension de capacités de services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) sera favorisée. Pour les adultes, le Gouvernement entend encourager toutes les initiatives favorisant le soutien à la vie à domicile des personnes handicapées. L'amélioration de l'accès aux aides techniques fait l'objet d'un examen concerté avec l'ensemble des acteurs ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>- apporter une réponse adaptée et durable à l'insuffisance de places dans les établissements spécialisés pour les adultes handicapés. La mise en oeuvre du plan pluriannuel (1999-2003) destiné à créer 5 500 places nouvelles dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers à double tarification (FDT) sera poursuivie en 2000 ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>- certains types de handicaps sont encore insuffisamment pris en charge parce que trop lourds ou mal connus. Tel est le cas des polyhandicapés, des autistes, des traumatisés crâniens ou des personnes atteintes de handicaps rares. Un effort spécifique</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>

Texte du projet de loi (Annexe)	Texte adopté par l'Assemblée nationale	Propositions de la commission
<p>est conduit en direction de ces personnes notamment par la création en 1999 de 450 places nouvelles pour les adultes et les enfants autistes. Trois centres ressources sur les handicaps rares ont été créés. Ces actions seront poursuivies et amplifiées.</p>		
<p><u>E. - Réformer le financement de la protection sociale pour favoriser l'emploi</u></p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>Après le transfert des cotisations salariales maladie sur la CSG en 1998, le Gouvernement propose une réforme d'ampleur des cotisations patronales pour favoriser l'emploi.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>L'assiette des cotisations patronales est rééquilibrée en faveur des entreprises de main-d'oeuvre :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>- par la suppression de l'actuelle ristourne dégressive de charges patronales sur les salaires inférieurs à 1,3 SMIC et son remplacement par un nouveau mécanisme d'allègements à la fois plus ample -les allègements vont jusqu'à 1,8 SMIC - et plus puissant -le nouvel allègement représente 26 points de cotisations patronales au SMIC, soit plus de 85 % des cotisations patronales du régime général ;</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>- par la création d'une contribution des employeurs sur d'autres éléments que les salaires : les bénéficiaires des sociétés de plus de 50 millions de francs de chiffre d'affaires et les activités polluantes.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>Le bénéfice du nouvel allègement sera réservé aux entreprises ayant conclu un accord fixant la durée du travail à trente-cinq heures ou moins. L'exigence d'un accord garantit que les allègements des charges auront une contrepartie en termes d'emplois.</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>Cette réforme des cotisations employeurs répond ainsi aux trois objectifs majeurs que s'était fixés le Gouvernement :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>
<p>- l'emploi tout d'abord. En baissant très significativement les charges sociales sur les bas et moyens salaires, cette réforme s'attaque à un handicap important de nos</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	<p><i>Alinéa supprimé</i></p>

**Texte du projet de loi
(Annexe)**

industries de main d'œuvre ;

- en étendant le bénéfice des allègements jusqu'à 1,8 SMIC, c'est-à-dire à plus de deux tiers des salariés, le nouveau dispositif fait disparaître les effets pervers de freinage des évolutions salariales au niveau du SMIC introduits par la ristourne actuellement en vigueur (« trappe à bas salaire ») ;

- cette réforme sera réalisée sans coût supplémentaire pour les ménages, mais également sans augmenter le montant global des prélèvements sur les entreprises.

**Texte adopté par
l'Assemblée nationale**

Alinéa sans modification

Alinéa sans modification

**Propositions
de la commission**

Alinéa supprimé

Alinéa supprimé