



N° 2606

ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 4 octobre 2000.

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2001,

(Renvoyé à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales à défaut de constitution d'une commission spéciale dans les délais prévus par les articles 30 et 31 du Règlement.)

PRÉSENTÉ

AU NOM DE M. LIONEL JOSPIN,

Premier ministre,

PAR Mme MARTINE AUBRY,

ministre de l'emploi et de la solidarité.

Sécurité sociale.

PROJET DE LOI

Le Premier ministre,

Sur le rapport de la ministre de l'emploi et de la solidarité,

Vu l'article 39 de la Constitution,

Décète :

Le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, délibéré en Conseil des ministres après avis du Conseil d'Etat, sera présenté à l'Assemblée nationale par la ministre de l'emploi et de la solidarité qui est chargée d'en exposer les motifs et d'en soutenir la discussion.

TITRE I^{er}

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

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 2001.

TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES ET AUX TRANSFERTS

Article 2

I.- A.- La contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale assises sur les revenus d'activité tels que définis au I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, ainsi que sur les revenus visés aux 1°, 4°, 5° et 6° du II du même article perçus au cours d'un mois civil, font l'objet d'une réduction lorsque le total de ces revenus est inférieur à un plafond fixé à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 30 %. La réduction est calculée selon les modalités fixées au B ci-dessous.

La réduction est également applicable aux revenus visés au 7° du II de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, les modalités d'application des dispositions de l'alinéa suivant pour ces revenus et pour le complément de rémunération à la charge de l'employeur étant fixées par décret.

Pour le calcul de la réduction applicable aux salariés dont le nombre d'heures rémunérées au cours du mois est inférieur à la durée collective du travail résultant d'une convention ou d'un accord collectif applicable dans l'entreprise ou l'établissement ou, à défaut, de la durée légale du travail, les revenus perçus sont, pour être convertis en équivalent temps plein, divisés par le rapport entre le nombre d'heures effectivement rémunérées au cours du mois et cette durée collective, calculée sur ce mois. Pour les salariés dont la rémunération n'est pas déterminée en fonction d'un nombre d'heures de travail, les modalités d'application des présentes dispositions sont fixées par décret.

Pour les agents de l'Etat et de ses établissements publics, des collectivités territoriales et de leurs établissements publics et les agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, travaillant à temps partiel ou non complet et non soumis à une durée du travail résultant d'une convention collective, le rapport mentionné à l'alinéa précédent est égal à leur quotité de temps de travail. Un décret fixe les conditions d'application des dispositions du présent A aux agents ayant commencé ou cessé leur activité au cours du mois.

B.- Pour les revenus perçus au cours de l'année 2001, le montant de la réduction est égal, dans les limites des contributions dues :

a) Lorsque le montant des revenus, convertis le cas échéant en équivalent temps plein conformément aux dispositions du A ci-dessus, n'excède pas 169 fois le salaire minimum de croissance, au tiers du montant total dû au titre de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale ;

b) Lorsque le montant des revenus est compris entre 169 fois le salaire minimum de croissance et le plafond mentionné au premier alinéa du A ci-dessus, au tiers de la somme dégressive obtenue en multipliant la différence entre ce plafond et les revenus, le cas échéant convertis en équivalent temps plein, par le taux de 25,33 % ; dans le cas où il est fait application des dispositions du troisième alinéa du A ci-dessus, la différence entre le plafond et les revenus ainsi corrigés est elle-même multipliée par ce rapport ; pour les revenus visés au deuxième alinéa du A ci-dessus, le taux de 25,33 % est réduit à 22,33 %.

C.- Pour les salariés visés à l'article L. 772-2 du code du travail, la réduction peut être calculée sur une base horaire forfaitaire dans des conditions fixées par décret.

II.- A.- La contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale assises sur les revenus professionnels tels que déterminés par l'application des articles L. 136-3 et L. 136-4 du code de la sécurité sociale font l'objet d'une réduction lorsque ces revenus retenus au titre de la période servant de référence pour le calcul desdites contributions sont inférieurs à un plafond fixé à 2 028 fois le salaire minimum de croissance au cours de l'année civile considérée, majoré de 30 %. La réduction est calculée selon les modalités fixées au B ci-dessous.

Lorsque la durée de l'activité donnant lieu à assujettissement à la contribution visée à l'article L. 136-3 du code de la sécurité sociale est inférieure à l'année civile, les revenus considérés sont, pour être rapportés à l'année entière, divisés par le rapport entre le nombre de jours d'activité et le nombre de jours de l'année.

B.- Pour les revenus professionnels soumis aux contributions dues au titre de l'année 2001, le montant de la réduction est égal, dans les limites des contributions dues :

a) Lorsque le montant des revenus mentionnés au A ci-dessus n'excède pas 2 028 fois le salaire minimum de croissance, le cas échéant converti en équivalent temps plein, au tiers du montant total dû au titre de la contribution sociale généralisée et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale ;

b) Lorsque le montant des revenus mentionnés au A ci-dessus est compris entre 2 028 fois le salaire minimum de croissance et le plafond mentionné à ce même A, au tiers de la somme dégressive obtenue en multipliant la différence entre ce plafond et lesdits revenus, le cas échéant converti en équivalent temps plein, multiplié par le taux de 26,67 % ;

c) Lorsqu'il est fait application des dispositions du deuxième alinéa du A ci-dessus, le montant de la réduction est proratisé par l'application du rapport mentionné audit alinéa.

C.- En cas d'exercice simultané, soit d'une ou plusieurs activités salariées et d'une ou plusieurs activités non salariées, soit de plusieurs activités non salariées, relevant de catégories différentes au regard de l'impôt sur le revenu, les dispositions des A et B ci-dessus s'appliquent en prenant compte l'ensemble des revenus perçus ou acquis, selon les modalités fixées par décret.

D.- Pour l'application du présent II, le salaire minimum de croissance pris en compte est égal à la valeur annuelle moyenne du salaire minimum de croissance en vigueur au cours de l'année civile.

III.- Pour les revenus mentionnés au I et perçus au cours de l'année 2002 et les revenus mentionnés au II soumis aux contributions dues au titre de l'année 2002, les mots : « au tiers » sont remplacés, dans le B des I et II, par les mots : « aux deux tiers ».

Exposé des motifs

Afin de favoriser le retour à l'emploi des personnes aux revenus les plus modestes, il est mis en place, sur trois ans, un dispositif de réduction dégressive de la contribution sociale généralisée (CSG) et de la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) sur les revenus d'activité, applicable à partir du 1^{er} janvier 2001. Le montant de la réduction est égal, au niveau du SMIC, au total de la CSG et de la CRDS, la réduction étant ensuite dégressive pour s'annuler à 1,3 SMIC.

La réduction applicable aux revenus salariaux est proratisée pour tenir compte des situations dans lesquelles la rémunération ne porte pas sur un temps plein : travail à temps partiel, embauche en fin de contrat ou en cours de mois, maladie d'un salarié à temps plein, absence non rémunérée... Les mêmes dispositions sont d'ailleurs appliquées par les entreprises pour le calcul des allègements de charges patronales dégressives.

La mesure de réduction est également applicable aux travailleurs non salariés agricoles et non agricoles dont le revenu professionnel soumis à CSG et CRDS est inférieur à 1,3 SMIC apprécié sur une base annuelle. Une proratisation de la réduction est effectuée pour tenir compte des durées d'activité inférieures à l'année civile.

Afin de tenir compte des situations de pluriactivité, il est en outre prévu de prendre en compte l'ensemble des revenus perçus ou acquis, lorsqu'ils relèvent de catégories différentes au titre de l'impôt sur le revenu.

Le dispositif présenté prévoit l'application de la mesure sur les années 2001 et 2002.

Article 3

I.- L'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale est ainsi modifié :

a) Au I, après les mots : « à l'exception des revenus de source étrangère visés au 1° du III de l'article 15 ci-après », sont insérés les mots : « et des pensions de retraite et d'invalidité perçues par les personnes dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au montant mentionné au 1 *bis* de l'article 1657 du code général des impôts » ;

b) Le 5° du II est abrogé.

II.- Les dispositions du I sont applicables aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2001.

Exposé des motifs

Les dispositions du a) du I du présent article visent à exonérer de contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) les titulaires de pension de retraite et d'invalidité dont la cotisation d'impôt sur le revenu de l'année précédente est inférieure au seuil de mise en recouvrement.

Les dispositions du *b*) du I abrogent les dispositions du 5° du II de l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale, qui définissaient le champ d'assujettissement à la CRDS des pensions de retraite et d'invalidité comme une extension d'assiette de la CSG.

Article 4

I.- Au titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, après l'article L. 131-7-1, il est inséré un chapitre I^{er} *quater* ainsi rédigé :

*« CHAPITRE I^{er} quater
« Compensation par l'Etat de la réduction de certaines
impositions affectées à la sécurité sociale*

« Art. L. 131-7-2.- La diminution de ressources résultant de la diminution de la contribution sociale généralisée prévue par l'article 2 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2001 est compensée intégralement chaque année par l'Etat aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale et aux organismes créés pour concourir à leur financement. »

II.- A l'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « L. 136-7-1, », sont insérés les mots : « par une fraction des sommes allouées en application de l'article L. 131-7-2, ».

III.- A l'article L. 241-6 du code de la sécurité sociale, après le 5°, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Une fraction des sommes allouées en application de l'article L. 131-7-2. »

IV.- Après le 4° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5° ainsi rédigé :

« 5° Une fraction des sommes allouées en application de l'article L. 131-7-2. »

V.- Dans les conditions fixées par la loi de finances pour 2001 (n° du), et en application de l'article L. 131-7-2 du code de la sécurité sociale, l'Etat verse une fraction du produit de la taxe sur les conventions d'assurances prévue par l'article 991 du code général des impôts. Cette fraction, d'un montant égal à celui de la diminution de ressources résultant de la diminution de la

contribution sociale généralisée prévu par l'article 2 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2001, est ainsi réparti :

- 18,5 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;
- 3,9 % à la Caisse nationale des allocations familiales ;
- 4,1 % au Fonds de solidarité vieillesse.

VI.- Les dispositions du présent article s'appliquent au produit de la taxe sur les conventions d'assurance perçue à compter du 1^{er} janvier 2001.

Exposé des motifs

L'article 2 de la présente loi instaure une mesure de réduction dégressive de la contribution sociale généralisée (CSG).

Afin d'en compenser le coût pour les organismes affectataires, le présent article pose le principe d'une compensation chaque année par l'Etat des pertes de recettes liées à la diminution de la CSG. En conséquence, il procède dans les conditions suivantes, à une affectation du produit de la taxe sur les conventions d'assurances prévue à l'article 991 du code général des impôts :

- une fraction de 18,5 % à la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (NAMTS) ;
- une fraction de 3,9 % à la caisse nationale des allocations familiales (CNAF) ;
- une fraction de 4,1% au Fonds de solidarité vieillesse.

Article 5

I.- Le premier alinéa de l'article L. 731-15 du code rural est ainsi rédigé :

« Les revenus professionnels pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle les cotisations sont dues. »

II.- L'article L. 731-19 du code rural est ainsi rédigé :

« *Art. L. 731-19.*- Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 731-15, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles peuvent, dans des conditions fixées par décret, opter pour

une assiette de cotisations constituée de leurs revenus professionnels tels que définis à l'article L. 731-14 et afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle les cotisations sont dues. »

III.- L'article L. 731-21 du code rural est ainsi rédigé :

« *Art. L. 731-21.*- Un décret détermine les conditions d'application des dispositions de l'article L. 731-19, notamment le délai minimal dans lequel les chefs d'exploitation ou d'entreprise doivent formuler l'option mentionnée à l'article L. 731-19 préalablement à sa prise d'effet, la durée minimale de validité de celle-ci, les conditions de sa reconduction et de sa dénonciation.

« Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles ayant dénoncé l'option ne peuvent ultérieurement demander l'application des dispositions prévues à l'article L. 731-19. »

IV.- A titre transitoire, au titre de 2001, pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise ayant opté pour une assiette de cotisations sociales constituées par les revenus professionnels afférents à l'année au titre de laquelle ces cotisations sont dues, la régularisation des cotisations provisionnelles dues au titre de l'année 2000 est effectuée lorsque les revenus professionnels sont définitivement connus.

V.- Jusqu'au 30 avril 2001, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles ayant exercé l'option prévue à l'article 13 de la loi n° 91-1407 du 31 décembre 1991 modifiant et complétant les dispositions du code rural et de la loi n° 90-85 du 23 janvier 1990 relative aux cotisations sociales agricoles et créant un régime de préretraite agricole ou à l'article 35 de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social ou à l'article 32 de la loi n° 94-114 du 10 février 1994 portant diverses dispositions concernant l'agriculture doivent dénoncer ladite option à effet du 1^{er} janvier 2001. A défaut de cette dénonciation, l'assiette des cotisations est déterminée selon les modalités prévues à l'article L. 731-15 du code rural.

Pour 2001, à titre exceptionnel, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles peuvent exercer l'option prévue à l'article L. 731-19 du code rural jusqu'au 30 avril 2001.

Exposé des motifs

Cette mesure constitue une réelle mesure de simplification pour le régime de protection sociale agricole

puisque le dispositif proposé retient deux assiettes de cotisations au lieu et place des quatre assiettes mises en place par la loi n° 94-114 du 10 février 1994 portant diverses dispositions concernant l'agriculture.

En effet, il s'est avéré à l'usage que la coexistence de quatre assiettes de cotisations sociales était d'une gestion complexe par les caisses de mutualité sociale agricole (CMSA) sans pour autant constituer un réel avantage pour les assurés. D'autre part, de nombreuses difficultés sont apparues en ce qui concerne le calcul et le contrôle de l'année N, sachant que les cotisations sont calculées dans ce cas sur des revenus nets après déduction des cotisations sociales : acquittées d'abord sur une base provisionnelle N-1, elles sont ensuite régularisées sur N+1.

Le calcul des cotisations sur les revenus de l'année N-1 est actuellement celui retenu pour les non salariés non agricoles.

Le système proposé se caractérise par une plus grande souplesse : le maintien d'une assiette triennale qui permet le lissage des revenus professionnels, lesquels peuvent varier de façon importante d'une année à l'autre, et celui d'une assiette annuelle optionnelle qui permet de rapprocher l'année de cotisations des revenus professionnels pris en compte.

Article 6

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

1° Les deux premiers alinéas du I sont ainsi rédigés :

« Sont soumis à la contribution les revenus professionnels visés à l'article L. 731-14 du code rural.

« Les revenus pris en compte sont constitués par la moyenne des revenus se rapportant aux trois années antérieures à celle au titre de laquelle la contribution est due. Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricoles a exercé l'option prévue au premier alinéa de l'article L. 731-19 du code rural, les revenus pris en compte sont constitués par les revenus afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due. » ;

2° La dernière phrase du troisième alinéa du I est supprimée ;

3° Le II est ainsi rédigé :

« II.- Lorsque la durée d'assujettissement au régime de protection sociale des non salariés agricoles d'un chef d'exploitation ou d'entreprise agricoles ne permet pas de calculer la moyenne des revenus professionnels se rapportant aux trois années de référence prévues au premier alinéa de l'article L. 731-15 du code rural, l'assiette de la contribution est déterminée forfaitairement à titre provisoire dans les conditions suivantes :

« a) Pour la première année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette forfaitaire provisoire est fixée conformément aux dispositions des III, IV et V ci-dessous ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base des revenus professionnels afférents à la première année lorsque ceux-ci sont définitivement connus ;

« b) Pour la deuxième année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette est égale à la somme de la moitié de l'assiette forfaitaire prévue au a) et de la moitié des revenus professionnels de l'année précédente ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base de la moyenne des revenus afférents à la première et à la deuxième année lorsque ceux-ci sont définitivement connus ;

« c) Pour la troisième année au titre de laquelle la contribution est due, l'assiette est égale au tiers de la somme de l'assiette forfaitaire prévue au a) et des revenus professionnels des deux années précédentes ; cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base de la moyenne des revenus afférents aux trois premières années lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

« Lorsque le chef d'exploitation ou d'entreprise agricoles a opté pour l'assiette prévue à l'article L. 731-19 du code rural, pour la première année au titre de laquelle la contribution est due, celle-ci est calculée à titre provisoire sur la base de l'assiette forfaitaire fixée conformément aux dispositions des III, IV et V ci-dessous. Cette assiette fait l'objet d'une régularisation sur la base des revenus professionnels afférents à la première année lorsque ceux-ci sont définitivement connus.

« Par dérogation aux dispositions ci-dessus du présent II, pour les personnes mentionnées au deuxième et au troisième alinéas de l'article L. 731-16 du code rural, l'assiette de la contribution est déterminée selon les modalités des deuxième, troisième et quatrième alinéas de l'article L. 731-16 dudit code. » ;

4° Le III est ainsi rédigé :

« *III.*- Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles dont l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation prévue à l'article L. 312-6 du code rural, l'assiette forfaitaire prévue au *a)* du II est égale au produit de ce pourcentage par le tiers de 2028 fois le montant du salaire minimum de croissance, sans que l'assiette puisse être inférieure à 800 fois le montant du salaire minimum de croissance ou supérieure à 2 028 fois le montant du salaire minimum de croissance. » ;

5° Le IV est ainsi rédigé :

« *IV.*- Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles dont l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise ne peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation, l'assiette forfaitaire prévue au *a)* du II est égale à 1 000 fois le montant du salaire minimum de croissance.

« Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles qui débutent simultanément deux activités agricoles non salariées dont l'une ne peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation, à l'élément d'assiette déterminé au III s'ajoute, au titre de la seconde activité, 800 fois le montant du salaire minimum de croissance, sans que le montant total de l'assiette puisse être supérieur à 2 028 fois le salaire minimum de croissance. » ;

6° Le V est ainsi rédigé :

« *V.*- Pour l'application des III et IV, le salaire minimum de croissance à prendre en considération est celui en vigueur au 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due.

« Pour l'application du III, l'importance de l'exploitation ainsi que la valeur de la surface minimum d'installation sont appréciées au 1^{er} janvier de l'année au titre de laquelle la contribution est due. » ;

7° Il est inséré, après le VI, un VII ainsi rédigé :

« *VII.*- Sont soumis à la contribution les revenus professionnels, définis à l'article L. 731-14 du code rural, des personnes redevables des cotisations de solidarité visées aux articles L. 731-23 et L. 731-24 du même code.

« Les revenus pris en compte sont ceux afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la contribution est due.

« Les revenus sont majorés des cotisations de solidarité visées aux articles L. 731-23 et L. 731-24 du code rural.

« Pour les personnes redevables de la cotisation de solidarité définie à l'article L. 731-23, lorsque les revenus professionnels ne sont pas connus, la contribution est calculée sur une assiette forfaitaire provisoire définie dans des conditions fixées par décret. Cette assiette forfaitaire est régularisée lorsque les revenus sont connus. »

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

« II.- La contribution due sur les revenus des personnes assujetties aux régimes de la sécurité sociale des salariés et non salariés des professions agricoles ainsi que la contribution due sur les revenus des personnes redevables des cotisations de solidarité visées aux articles L. 731-23 et L. 731-24 du code rural sont directement recouvrées et contrôlées par les caisses de mutualité sociale agricole, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations dues aux régimes de la sécurité sociale des salariés et non salariés des professions agricoles. »

Exposé des motifs

Il est proposé une mesure de simplification permettant d'harmoniser la période de référence triennale et annuelle prise en compte pour le calcul des cotisations sociales et de la CSG dues par les non salariés agricoles, soit en l'occurrence une assiette triennale N-3, N-2, N-1 et une assiette annuelle N-1 sur option.

L'introduction de deux périodes de référence optionnelles pour le calcul de la CSG constituera une singularité du secteur agricole, singularité qui existe déjà dans ce secteur pour le choix des périodes de référence des cotisations sociales et de la fiscalité agricole.

Dans le souci d'harmoniser les assiettes des cotisations sociales et de la CSG, il est enfin prévu que l'assiette forfaitaire utilisée en début d'activité fasse l'objet d'une régularisation lorsque les revenus professionnels sont définitivement connus.

Ce même souci d'harmonisation des assiettes des cotisations sociales et de la CSG conduit également à prévoir un alignement des montants des assiettes forfaitaires de début

d'activité applicables pour la CSG sur les montants des assiettes forfaitaires de début d'activité applicables pour les cotisations sociales.

L'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale modifié par l'article 7 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 permet d'assimiler pour l'assujettissement à la CSG et à la CRDS aux revenus du patrimoine, notamment les revenus imposables dans la catégorie des bénéficiaires industriels et commerciaux et des bénéficiaires agricoles qui ne supportent pas ces contributions au titre des revenus d'activité ou de remplacement mentionnés aux articles L. 136-1 à L. 136-5 du même code.

La mesure vise à exclure des revenus du patrimoine les revenus professionnels des personnes qui acquittent les cotisations de solidarité visées aux articles L. 731-23 et L. 731-24 du code rural, à assujettir ces revenus au titre des revenus professionnels et à permettre le recouvrement de la CSG par les caisses de mutualité sociale agricole.

Article 7

I.- A.- A l'article L. 651-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « L. 133-3 et L. 243-3, du premier alinéa de l'article L. 243-6, des articles » sont supprimés.

B.- Il est inséré, à l'article L. 651-6 du code de la sécurité sociale, un deuxième alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions de l'article L. 243-3 et du premier alinéa de l'article L. 243-6 sont applicables à la contribution sociale de solidarité. »

II.- Pour l'application de l'article L. 651-2-1 du code de la sécurité sociale et jusqu'à 2001 inclus, les déficits pris en compte sont établis sur la base des dépenses réalisées et des recettes encaissées au cours de l'exercice considéré.

Exposé des motifs

Le I du présent article a pour objet de permettre à la caisse ORGANIC, chargée du recouvrement de la contribution sociale de solidarité des sociétés (CSSS), d'apurer le montant des créances irrécouvrables concernant cette contribution lorsqu'elles sont nées avant le 1^{er} janvier 1995 et d'appliquer la prescription biennale aux contributions recouvrées dues à

compter de 1995. Les dispositions applicables en la matière aux cotisations sociales sont rendues applicables à la CSSS.

Le II concerne les modalités du calcul des montants de CSSS versés à titre prioritaire à ORGANIC / CANCAVA / CANAM. Ce calcul est actuellement bâti sur des déficits prévisionnels en encaissements/décaissements. Or les comptes des régimes de sécurité sociale sont en droits constatés depuis l'exercice comptable de 1997 pour les organismes de non salariés. En l'absence de disposition législative, le calcul des déficits comptables des régimes doit donc être effectué en droits constatés. Pour les exercices 1998 et 1999 (article 14 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999), le Parlement a cependant maintenu le calcul des déficits en encaissements/décaissements. Par cohérence, il convient de maintenir, grâce au II du présent article, le principe de la comptabilisation en encaissements/décaissements tant que la loi de financement de la sécurité sociale est présentée et votée en encaissements/décaissements.

Article 8

I.- Le quatrième alinéa de l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« La réduction prévue au présent article doit s'entendre comme n'étant pas applicable aux cotisations dues au titre de ces indemnités par lesdites caisses de compensation. »

II.- Sous réserve des décisions juridictionnelles passées en force de chose jugée, sont validées les décisions des organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale en tant que leur légalité serait contestée au motif que la réduction prévue à l'article L. 241-13 du code de la sécurité sociale n'est pas applicable aux cotisations dues au titre des indemnités de congés payés mutualisées entre les employeurs affiliés aux caisses de compensation prévues à l'article L. 223-16 du code du travail et versées par ces caisses.

Exposé des motifs

Le présent article vise à prévenir le développement d'un contentieux concernant l'application de la réduction dégressive des cotisations sociales patronales sur les bas salaires aux indemnités de congés payés versées par les caisses de

compensation dans les professions où elles ont été instituées, principalement les professions du bâtiment.

Ce contentieux pourrait faire suite à la jurisprudence de la Cour de cassation rendue à propos de l'exonération de cotisations d'allocations familiales.

Dans deux arrêts du 13 janvier 2000 (Caisse de congés payés Ain-Doubs, Jura-Saône-et-Loire c/ URSSAF de Saône-et-Loire et Caisse de congés payés du bâtiment de la région du Massif Central c/ URSSAF du Puy-de-Dôme), la Cour a estimé que le principe de l'exonération devait être admis au bénéfice des cotisations dues au titre des indemnités de congés qu'elles versent pour le compte des employeurs qui y sont affiliés. Ces indemnités constituent en effet des gains et rémunérations soumis à cotisations de sécurité sociale et aucune disposition de la loi n'écarte cette catégorie de rémunérations du bénéfice de l'exonération.

L'extension de cette jurisprudence à la réduction dégressive des cotisations sur les bas salaires paraît doublement injustifiée :

- comme pour l'exonération de cotisations d'allocations familiales, il n'y a aucun rapport direct entre le montant du salaire habituel du salarié et le montant de l'indemnité de congés payés qu'il peut percevoir au cours d'un mois.

Ainsi, un salarié habituellement rémunéré sur la base de 2 fois ou 2,5 fois le SMIC ouvrirait droit à la réduction en prenant une semaine ou deux de congés : le montant mensuel de l'indemnité se trouve alors inférieur au plafond de salaire de 169 fois le SMIC majoré de 30 % ;

- contrairement à l'exonération de cotisations d'allocations familiales, une majoration spécifique de 10 % de la réduction bénéficie aux employeurs de salariés relevant des caisses de congés payés.

Cette majoration permet de maintenir un lien entre le niveau de la rémunération du salarié et le droit à la réduction, seuls ceux rémunérés en-deçà de 169 fois le SMIC majoré de 30 % y ouvrant droit, comme dans le cas général.

Il est proposé d'explicitier dans la loi, par une disposition interprétative, que la réduction n'a pas lieu d'être appliquée à ces indemnités.

Au plan financier, sur la base du montant de l'exonération de cotisations d'allocations familiales appliquée aux indemnités versées par les caisses de congés payés (800 millions de francs sur trois ans et trois mois, d'un montant moyen de réduction moitié plus élevé que l'exonération de cotisations d'allocations familiales et de contentieux

débouchant en 2001), la perte évitée pour les finances publiques (en l'espèce, le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales) peut être estimée à 1 350 millions de francs en 2001, dont 1 000 millions de francs à titre rétroactif (200 millions de francs pour 1998, année à moitié ouverte par la prescription, 400 millions de francs pour 1999, 400 millions de francs pour 2000) et 350 millions de francs pour l'année courante 2001.

Article 9

I.- Au I de l'article 19 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, après les mots : « soit à 1 600 heures sur l'année », sont insérés les mots : « ou à la durée considérée comme équivalente en application de dispositions réglementaires ou conventionnelles ».

II.- L'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Le quatrième alinéa du III est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Pour ceux des salariés de ces entreprises qui sont soumis à des dispositions spécifiques en matière de durée maximale du travail et sous réserve du respect de ces conditions, le calcul de l'allègement peut être adapté pour tenir compte de la rémunération mensuelle minimale, dans des conditions et selon des modalités fixées par décret en Conseil d'Etat. » ;

2° Le IV est modifié ainsi qu'il suit :

a) A la première phrase du premier alinéa, après les mots : « à la durée collective du travail applicable dans l'entreprise », sont insérés les mots : « ou à la durée prise en compte pour l'application du quatrième alinéa du III » ;

b) A la première phrase du deuxième alinéa, après les mots : « à la durée collective du travail applicable », sont insérés les mots : « ou à la durée prise en compte pour l'application du quatrième alinéa du III ».

III.- Au deuxième alinéa du I de l'article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d'orientation et d'incitation relative à la réduction du temps de travail, les mots : « au niveau de la durée légale fixée par l'article L. 212-1 *bis* du code du travail » sont remplacés par les mots : « au niveau de la durée légale fixée par l'article L. 212-1 du

code du travail ou de la durée considérée comme équivalente en application de dispositions réglementaires ou conventionnelles ».

Exposé des motifs

Cet article vise :

- d'une part, dans les secteurs dans lesquels sont appliqués des horaires d'équivalence, à permettre un accès aux allègements de cotisations employeurs prévus par les lois n° 98-461 du 13 juin 1998 et n° 2000-37 du 19 janvier 2000, lorsque la durée équivalente est fixée par rapport à la nouvelle durée légale ;

- d'autre part, pour certaines catégories de salariés relevant de dispositions spécifiques en matière de durée maximale du travail, à tenir compte du salaire minimum de référence correspondant à cette durée maximale pour le calcul de l'allègement institué par la loi du 19 janvier 2000. Cette adaptation est identique à celle déjà prévue pour les exonérations visées aux articles L. 241-13, R. 241-9-1 et R. 241-9-2 du code de la sécurité sociale.

Ces dispositions permettent aux entreprises concernées de bénéficier des mêmes conditions d'accès et des mêmes montants d'allègements institués par les lois relatives à la réduction du temps de travail que les autres entreprises.

Article 10

I.- L'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale est modifié ainsi qu'il suit :

1° Au 1°, sont insérés un *d* et un *e* ainsi rédigés :

« *d*) A la prise en charge de l'exonération visée aux articles L. 241-6-2 et L. 241-6-4 du code de la sécurité sociale, et L. 741-5 et L. 741-6 du code rural ;

« *e*) A la prise en charge de l'incitation à la réduction collective du temps de travail prévue aux articles 39 et 39-1 de la loi quinquennale n° 93-1313 du 20 décembre 1993 modifiée relative au travail, à l'emploi et à la formation professionnelle. » ;

2° Au deuxième alinéa du 2°, les mots : « aux *a*, *b* et *c* » sont remplacés par les mots : « aux *a*, *b*, *c*, *d* et *e* ».

II.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1^{er} janvier 2001.

Exposé des motifs

Il est proposé d'inclure, dans le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale, deux mesures voisines de celles y figurant et résultant de la législation antérieure :

- pour l'essentiel, l'incitation à la réduction collective du temps de travail prévue par la loi dite « de Robien » du 11 juin 1996, dont les dispositions ont été incluses dans la loi quinquennale emploi de 1993 ;

- secondairement, l'exonération de cotisations d'allocations familiales dont bénéficient les salariés des exploitants agricoles, les salariés des entreprises agricoles situées en zone de revitalisation rurale et ceux des entreprises relevant de certains régimes spéciaux de sécurité sociale, cette mesure étant par ailleurs supprimée dans les autres cas particuliers où elle demeurerait applicable.

Article 11

I.- Le 1^o de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 1^o Une fraction égale à 96,8 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ; ».

II.- A la troisième phrase du III de l'article 41 de la loi n^o 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999, les mots : « fraction du produit du droit de consommation visé à l'article 575 du code général des impôts, dans les conditions fixées par l'article 55 de la loi de finances pour 2000 » sont remplacés par les mots : « fraction égale à 0,39 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ».

III.- Au septième alinéa de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le 1^o est ainsi rédigé :

« 1^o Une fraction égale à 2,81 % du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts ; ».

IV.- Le 4° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 4° Le produit des droits prévus aux articles 402 *bis*, 438 et 520 A du code général des impôts ainsi qu'une fraction égale à 55 % du produit du droit de consommation visé à l'article 403 du code général des impôts, à l'exception du produit de ce droit perçu dans les départements de la Corse et du prélèvement effectué au profit du budget annexe des prestations sociales agricoles selon les dispositions de l'article 1615 *bis* du même code ; ».

V.- Le 5° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 5° La taxe sur les véhicules des sociétés visée à l'article 1010 du code général des impôts ; ».

VI.- A.- Le 6° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale devient le 7°.

B.- Le 6° du même article est ainsi rédigé :

« 6° Une fraction de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances visée à l'article 991 du code général des impôts ; ».

C.- Pour l'année 2001, la fraction visée au 6° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est égale à 14,1 %.

VII.- Les dispositions du I du présent article sont applicables pour la fraction affectée à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés transférée au fonds mentionné à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, en application du même I, aux sommes à recevoir à compter du 1^{er} janvier 2001.

VIII.- Les dispositions du IV s'appliquent aux sommes reçues à compter du 1^{er} janvier 2000.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe la date et le montant du reversement par le Fonds de solidarité vieillesse mentionné à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale des sommes perçues au cours de l'exercice 2000 au titre de l'article L. 131-10.

Exposé des motifs

Le I prévoit l'affectation au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) de l'essentiel du droit de consommation sur les tabacs actuellement affecté à la CNAMTS et à l'Etat. Le II et le III modifient en conséquence les affectations à la CNAMTS et au Fonds de cessation anticipé d'activité des travailleurs de l'amiante.

Le IV prévoit l'affectation au FOREC de l'ensemble des droits sur les boissons actuellement affectés au Fonds de solidarité vieillesse.

Le V prévoit l'affectation au FOREC de la taxe sur les véhicules des sociétés.

Le VI prévoit l'affectation au FOREC d'une fraction de la taxe sur les conventions d'assurances.

Le VII et le VIII prévoient les conditions d'entrée en vigueur de l'ensemble des mesures.

Article 12

I.- A.- Au IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, les mots : « 1,3 % » sont remplacés par les mots : « 1,15 % » et les mots : « 5,1 % ou de 3,8 % pour les revenus visés au II et au III » par les mots : « 5,25 % pour les revenus visés au I, de 3,95 % pour les revenus visés au II ou de 3,8 % pour les revenus visés au III ».

B.- Au 1° Du premier alinéa de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : « 1,3 % » est remplacé par le taux : « 1,15 % ».

C.- L'article 154 *quinquies* du code général des impôts est modifié ainsi qu'il suit :

1° Au I, les mots : « pour la fraction affectée en application du IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale au financement des régimes obligatoires d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « à hauteur de 5,1 points, ou de 3,8 points pour les revenus visées aux II et III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale » ;

2° Au II, les mots : « pour la fraction affectée en application du IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale au

financement des régimes obligatoires d'assurance maladie » sont remplacés par les mots : « à hauteur de 5,1 points ».

II.- Les dispositions du I sont applicables :

a) En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-1 du code de la sécurité sociale, aux revenus perçus à compter du 1^{er} janvier 2001 ou, pour les revenus professionnels visés à l'article L. 136-4 du même code, sur les revenus pris en compte pour le calcul de la contribution due à compter de l'année 2001 ;

b) En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, à compter de l'imposition des revenus de 2000 ;

c) En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, aux produits de placement sur lesquels est opéré à partir du 1^{er} janvier 2001 le prélèvement prévu à l'article 125 A du code général des impôts et aux revenus assujettis en application du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale à compter de cette même date ;

d) En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au I de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, aux tirages, événements sportifs et émissions postérieurs au 31 décembre 2000 ;

e) En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au II de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, sur les sommes engagées à compter du 1^{er} janvier 2001 ;

f) En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, sur le produit brut des jeux et sur les gains réalisés à compter du 1^{er} janvier 2001 ;

g) En ce qu'elles concernent la déductibilité partielle de la contribution sociale généralisée prévue par l'article 154 *quinquies* du code général des impôts, à la détermination des bases d'imposition des revenus à compter de l'année 2001.

Exposé des motifs

L'article modifie la répartition du produit de la CSG entre le FSV et la CNAMTS à hauteur de 0,15 point : la part de ce produit affectée au FSV est minorée, passant de 1,3 % à 1,15 % ; la part affectée à la CNAMTS est relevée pour passer de 5,1 % à 5,25 % pour la part de contribution assise sur les revenus d'activité professionnelle et sur les revenus de l'épargne financière et de 3,8 % à 3,95 % pour la part de

contribution assise sur les revenus de remplacement des personnes imposables.

Afin d'éviter toute incidence résultant de la modification des modalités de répartition des produits de CSG entre les organismes bénéficiaires sur le dispositif fiscal prévoyant sa déductibilité partielle pour le calcul de l'impôt sur le revenu, il est proposé de ne plus faire référence à l'affectation de cette contribution dans l'article 154 *quinquies* du code général des impôts.

Article 13

Pour 2001, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

(En milliards de francs)

Cotisations effectives	1 085,2
Cotisations fictives	201,3
Contributions publiques.....	67,8
Impôts et taxes affectés	552,1
Transferts reçus	2,6
Revenus des capitaux	3,2
Autres ressources.....	58,3
Total recettes	1 970,5

TITRE III DISPOSITIONS RELATIVES AUX DÉPENSES ET À LA TRÉSORERIE

Section 1 Branche famille

Article 14

I.- Au chapitre I^{er} du titre IV du livre VIII du code de la sécurité sociale, l'article L. 841-1 est modifié comme suit :

a) Le II est ainsi rédigé :

« II.- L'aide visée au I est assortie d'une majoration d'un montant variant en fonction de l'âge de l'enfant et des ressources du ménage ou de la personne employant une assistante maternelle agréée, selon des modalités fixées par décret. Les montants de la majoration sont fixés en pourcentage de la base mensuelle de calcul mentionnée à l'article L. 551-1. Le montant versé ne peut excéder un pourcentage, fixé par décret, du salaire net servi à l'assistante maternelle agréée. » ;

b) Il est ajouté un III ainsi rédigé :

« III.- L'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée n'est pas cumulable avec l'allocation parentale d'éducation à taux plein, mentionnée à l'article L. 532-1, sauf si cette allocation parentale d'éducation est versée au titre de l'article L. 532-4-1. »

II.- Les dispositions du I sont applicables à compter du 1^{er} janvier 2001 pour les périodes d'emploi postérieures à cette date.

Exposé des motifs

Cet article permet de mieux prendre en compte la charge représentée pour les ménages par la garde d'un enfant. Alors qu'actuellement le complément d'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) versé aux familles est forfaitaire et fixé à 826 F par mois, il est prévu de fixer trois taux de majoration d'AFEAMA en fonction des revenus :

- pour les ménages dont le revenu mensuel est inférieur à 9 400 F (familles avec un enfant), le complément maximal sera porté à 1 290 F ;

- pour les ménages ayant un revenu mensuel compris entre 9 400 F et 13 000 F (familles avec un enfant), le complément maximal sera porté à 1 020 F ;

- pour les ménages dont le revenu mensuel est supérieur à 13 000 F (familles avec un enfant), le complément familial restera fixé à 826 F.

Ajoutés à l'allocation pour jeune enfant (990 F), les deux nouveaux montants permettront de solvabiliser les familles modestes en leur apportant, pour les dépenses liées au jeune enfant, une aide totale pouvant aller jusqu'à 2 280 F au lieu de 1 816 F antérieurement.

Dans le cadre de cette réforme qui améliore la situation des familles modestes, afin de conserver une participation

minimale des familles aux frais de garde de leur enfant, il est prévu de limiter la prise en charge des dépenses jusqu'à un pourcentage qui pourrait être fixé à 85 % du salaire versé.

Enfin, cet article prévoit le non-cumul de l'AFEAMA avec l'allocation parentale d'éducation (APE) à taux plein, le versement de l'AFEAMA ne se justifiant pas lorsque l'allocataire ne travaille pas et qu'il perçoit une allocation à ce titre. L'AFEAMA peut se cumuler avec l'APE à taux plein s'il s'agit d'une APE versée dans le cadre de la mesure instituée dans la présente loi pour les bénéficiaires de l'APE reprenant une activité professionnelle alors que leur enfant est âgé de dix-huit à trente mois.

Le coût de cette réforme est évalué à 500 millions de francs en 2001 et à 1 100 millions de francs en année pleine.

Article 15

I.- L'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 11° ainsi rédigé :

« 11° L'allocation de présence parentale ».

II.- Le titre IV du livre V du code de la sécurité sociale est complété par un chapitre IV intitulé :

« CHAPITRE IV

« Allocation de présence parentale ».

« Art. L. 544-1.- Une allocation de présence parentale est attribuée à la personne qui interrompt ou réduit son activité professionnelle dans les conditions prévues à l'article L. 122-28-9 du code du travail, lorsque l'enfant dont elle assume la charge est atteint d'une maladie ou d'un handicap graves ou est victime d'un accident grave nécessitant une présence soutenue ou des soins contraignants pendant une durée prévisible minimale fixée par décret.

« Art. L. 544-2.- Le montant de l'allocation varie en fonction de la durée d'activité restante appréciée par rapport à la durée légale du travail ou la durée considérée comme équivalente ou la durée fixée conventionnellement dans l'entreprise. Il varie également en fonction de la composition familiale, dans des conditions fixées par décret.

« *Art. L. 544-3.*- Pour chaque période d'attribution de la prestation, la nécessité d'une présence soutenue ou de soins contraignants de la part des parents est attestée par un certificat médical détaillé et soumise à l'avis du service du contrôle médical prévu aux articles L. 315-1 et L. 615-13. Le droit à la prestation est subordonné à un avis favorable dudit service.

« *Art. L. 544-4.*- L'allocation est versée dans la limite d'une durée maximale fixée par décret pour un même enfant et par maladie, accident ou handicap.

« *Art. L. 544-5.*- Lorsque les deux membres d'un couple réduisent leur activité professionnelle, ils peuvent bénéficier chacun d'une allocation à taux partiel dans les conditions prévues à l'article L. 544-2 même si le montant cumulé des deux prestations excède celui de l'allocation à taux plein.

« Les deux membres du couple ne peuvent cumuler le bénéfice de deux allocations de présence parentale à taux plein ni celui d'une allocation de présence parentale à taux plein et de l'allocation à taux partiel.

« *Art. L. 544-6.*- L'allocation de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil suivant le début de la période de congé visée à l'article L. 122-28-9 du code du travail. En cas de changement de la durée d'activité restante, le montant de la prestation est modifié à compter du premier jour du mois civil suivant le changement.

« L'allocation cesse d'être due à compter du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit cessent d'être réunies.

« *Art. L. 544-7.*- Les modalités selon lesquelles l'allocation de présence parentale à taux plein ou à taux partiel est attribuée aux personnes visées aux articles L. 751-1 et L. 772-1 du code du travail, aux 1^o, 4^o et 5^o de l'article L. 615-1, à l'article L. 722-1 du présent code, à l'article L. 722-9 du code rural et les modalités selon lesquelles l'allocation de présence parentale est attribuée à taux plein aux travailleurs à la recherche d'un emploi visés aux articles L. 351-1 à L. 351-15 du code du travail ou en formation professionnelle rémunérée, sont fixées par décret.

« *Art. L. 544-8.*- L'allocation de présence parentale n'est pas cumulable avec :

« 1° L'indemnisation des congés de maternité ou d'adoption ;

« 2° L'allocation forfaitaire de repos maternel prévue aux articles L. 615-19 et L. 722-8 du présent code ou l'allocation de remplacement pour maternité prévue à l'article L. 732-10 du code rural ;

« 3° L'indemnisation des congés de maladie ou d'accident du travail ;

« 4° Les indemnités servies aux demandeurs d'emploi ;

« 5° Un avantage personnel de vieillesse ou d'invalidité ;

« 6° L'allocation parentale d'éducation ;

« 7° Le complément d'allocation d'éducation spéciale perçu pour le même enfant ;

« 8° L'allocation aux adultes handicapés.

« Toutefois, l'allocation de présence parentale à taux partiel est cumulable en cours de droit avec l'indemnisation mentionnée au 3° perçue au titre de l'activité exercée à temps partiel.

« Le versement des indemnités dues aux demandeurs d'emploi est suspendu au début du versement de l'allocation de présence parentale et est, à la date de cessation de paiement de l'allocation de présence parentale, repris et poursuivi jusqu'à son terme.

« Lorsque le complément d'allocation d'éducation spéciale est attribué au titre d'une période pour laquelle un droit à l'allocation de présence parentale a déjà été ouvert, la prestation la plus favorable reste acquise au bénéficiaire. »

III.- Au premier alinéa de l'article L. 552-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « à l'exception de l'allocation de parent isolé », sont insérés les mots : « et de l'allocation de présence parentale, ».

IV.- Après le deuxième alinéa de l'article L. 381-1 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« La personne bénéficiaire de l'allocation de présence parentale à taux plein est affiliée à l'assurance vieillesse du régime général, sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret.

« La personne bénéficiaire de l'allocation de présence parentale à taux partiel est affiliée à l'assurance vieillesse du régime

général de sécurité sociale, sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret. »

V.- Au chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, est créé un article L. 161-9-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-9-1.*- Les personnes bénéficiaires de l'allocation de présence parentale conservent leurs droits aux prestations en nature de l'assurance maladie, maternité, de leur régime d'origine pendant la durée de perception de l'allocation. A l'issue de cette période, elles retrouvent les droits aux prestations en espèces de l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès, acquis antérieurement à l'ouverture du droit à l'allocation. »

VI.- Au chapitre V du livre VII du code de la sécurité sociale, est créée une section 14 ainsi rédigée :

« *Section 14*

« ***Allocation de présence parentale***

« *Art. L. 755-33.*- L'allocation de présence parentale est attribuée dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1. »

VII.- A la section V du chapitre II du titre II du livre I^{er} du code du travail, l'article L. 122-28-9 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 122-28-9.*- Tout salarié dont l'enfant à charge au sens de l'article L. 513-1 du code de la sécurité sociale et remplissant l'une des conditions prévues par l'article L. 512-3 du même code, est victime d'une maladie, d'un accident ou d'un handicap graves, appréciés selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, et nécessitant la présence d'une personne à ses côtés, a le droit, soit de travailler à temps partiel, soit de bénéficier d'un congé de présence parentale entraînant la suspension de son contrat de travail.

« La période d'activité à temps partiel, ou de suspension du contrat de travail, a une durée initiale de quatre mois au plus. Elle peut être renouvelée deux fois, dans la limite maximale de douze mois, renouvellements inclus.

« Le salarié doit envoyer à son employeur, au moins quinze jours avant le début du congé ou du travail à temps partiel, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de sa volonté de bénéficier des dispositions du premier alinéa du présent

article, ainsi qu'un certificat médical établi selon les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

« Lorsque le salarié entend prolonger son congé ou son activité à temps partiel, il doit avertir l'employeur de cette prolongation, par lettre recommandée avec demande d'avis de réception, au moins un mois avant le terme initialement prévu et l'informer, le cas échéant, de son intention soit de transformer le congé de présence parentale en activité à temps partiel, soit de transformer l'activité à temps partiel en congé de présence parentale. Toutefois, pendant la période d'activité à temps partiel ou à l'occasion des prolongations de celle-ci, le salarié ne peut pas modifier la durée du travail initialement choisie sauf accord de l'employeur ou si une convention ou un accord collectif de travail le prévoit expressément.

« A l'issue du congé de présence parentale ou de la période d'exercice de son activité à temps partiel, le salarié retrouve son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente.

« Toutefois, en cas de décès de l'enfant ou de diminution importante des ressources du ménage, le salarié retrouve également son précédent emploi ou un emploi similaire assorti d'une rémunération au moins équivalente, s'il a accompli les formalités prévues à l'article L. 122-28-2. »

VIII.- A l'article L. 122-28-6 du code du travail, les mots : « est prise en compte » sont remplacés par les mots : « et la durée du congé de présence parentale prévue au premier alinéa de l'article L. 122-28-9 sont prises en compte ».

Exposé des motifs

Actuellement, les parents d'enfants atteints de maladies très graves qui souhaitent rester auprès de leur enfant ne peuvent recourir qu'à des formules de congé lourdes à mettre en œuvre ou non rémunérées.

Certaines situations graves et douloureuses ne sont donc couvertes par aucun dispositif.

Il est proposé de créer un congé de présence parentale, assorti d'une nouvelle prestation familiale : l'allocation de présence parentale. Le montant de cette allocation sera d'environ :

- 3 000 F en cas de suspension totale de l'activité ;
- 2 000 F en cas de passage à une activité à 50 % ;

- 1 500 F en cas de passage à une activité à 80 %.

Ce dispositif vise les cas où il y a nécessité de soins et d'une présence aux côtés de l'enfant, comme par exemple les pathologies tumorales, les pathologies liées à la grande prématurité ou les pathologies nécessitant une rééducation intensive et de longue durée. 13 000 cas par an environ seraient concernés pour un coût de 200 millions de francs.

L'objectif est d'abord de permettre aux familles d'affronter la survenance brutale d'un accident ou d'une maladie, de leur donner le temps et les moyens de s'organiser, dans l'attente soit d'une décision de la commission départementale d'éducation spéciale (pour bénéficier de l'allocation d'éducation spéciale), soit d'une amélioration de l'état de santé de l'enfant.

Cette situation imprévisible nécessitant une intervention rapide pour être efficace, la prestation sera mise en paiement sans attendre l'avis du contrôle médical.

La durée du congé et de l'allocation serait de quatre mois renouvelables, dans la limite d'un an, jusqu'à ce que l'enfant se rétablisse ou qu'éventuellement l'allocation d'éducation spéciale (AES) prenne le relais.

Afin de permettre aux parents de bénéficier de l'allocation de présence parentale durant la totalité de la période concernée, une disposition favorable prévoit de mettre fin au service de la prestation le premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions de droit cessent d'être réunies, alors que l'application des dispositions générales régissant la date d'effet du droit aux prestations conduirait à supprimer la prestation le premier jour du mois où les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies.

Une disposition favorable prévoit également le versement simultané à chaque membre du couple d'une allocation à taux partiel (2 000 F + 2 000 F environ), le montant total servi pouvant excéder de 1 000 F le montant de l'allocation de présence parentale à taux plein (3 000 F environ). Une telle mesure a pour but d'encourager le partage équitable des responsabilités parentales dans ces situations où le soutien et l'entraide des parents sont indispensables à l'enfant.

Le dispositif proposé permettra au salarié soit d'opter pour un congé à temps plein en lui assurant à l'issue de ce congé, un retour à l'emploi avec la totalité des avantages sociaux dont il bénéficiait antérieurement, soit d'aménager son activité professionnelle en créant un cadre juridique lui permettant d'organiser un travail à temps partiel dans

l'entreprise en fonction des besoins de l'enfant. A cet effet, le code du travail et les codes des trois fonctions publiques sont modifiés.

Le dispositif sera ouvert tant aux salariés qu'aux non salariés et aux demandeurs d'emploi indemnisés, afin que toute personne ayant une baisse de revenus du fait de la cessation, de la réduction d'une activité professionnelle ou de l'arrêt de la recherche d'emploi puisse bénéficier de la prestation.

L'allocation de présence parentale n'est pas cumulable avec un complément d'allocation d'éducation spéciale. En effet, ce complément sert à compenser notamment les pertes de revenus entraînées par l'arrêt ou la réduction d'activité des parents en raison du handicap de l'enfant et a donc en partie le même objet. Elle est en revanche cumulable avec l'allocation d'éducation spéciale de base dont le versement est seulement subordonné au taux d'incapacité de l'enfant.

Le Gouvernement procédera dans le délai de deux ans à l'évaluation du dispositif de l'allocation de présence parentale et de son articulation avec l'allocation d'éducation spéciale.

Article 16

I.- L'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est complété par un 5° ainsi rédigé :

« 5° De verser au fonds de solidarité vieillesse créé à l'article L. 135-1 un montant égal aux dépenses prises en charge par ce fonds au titre des majorations de pensions mentionnées au a) du 3° et au 6° de l'article L. 135-2 ; ce versement fait l'objet d'acomptes. »

II.- L'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale est complété par un 6° ainsi rédigé :

« 6° Les sommes mises à la charge de la Caisse nationale des allocations familiales par le 5° de l'article L. 223-1. »

III.- Pour l'année 2001, la Caisse nationale des allocations familiales verse au Fonds de solidarité vieillesse un montant égal à 15 % des sommes visées au présent article.

Exposé des motifs

Le présent article prévoit une prise en charge progressive par la CNAF de la majoration de pension de 10 % servie aux parents de trois enfants ou plus.

En 2001, la prise en charge par la CNAF est de 15 %. Ce pourcentage sera majoré pour les années ultérieures par la loi de financement de la sécurité sociale de l'année.

Article 17

Au chapitre II du titre III du livre V du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 532-4-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 532-4-1.*- Par dérogation à la première phrase du premier alinéa de l'article L. 532-1, l'allocation parentale d'éducation à taux plein peut être cumulée pendant une durée fixée par décret avec un revenu professionnel en cas de reprise d'activité du parent bénéficiaire alors qu'il a un enfant à charge remplissant des conditions d'âge fixées par décret.

« Lorsque le parent bénéficiaire a cumulé l'allocation parentale d'éducation à taux plein avec un revenu professionnel, le droit à l'allocation parentale d'éducation à taux plein ne peut être réouvert qu'en cas de changement de sa situation familiale. »

Exposé des motifs

Afin de favoriser le retour à l'emploi, le présent article permet de cumuler l'allocation parentale d'éducation et un revenu d'activité après la reprise d'activité de l'intéressé (pendant deux mois) lorsque celui-ci a la charge d'un enfant d'un certain âge (au moins dix-huit mois et moins de trente mois).

Un aménagement est prévu pour les naissances multiples d'au moins trois enfants puisque, dans cette situation, les familles peuvent percevoir l'allocation parentale d'éducation jusqu'aux six ans de l'enfant. Le présent article prévoit de cumuler, dans ce cas, l'allocation parentale d'éducation et un revenu d'activité pour des âges limites différents. Les limites d'âge de l'enfant pourraient être plus de dix-huit mois et moins de soixante-six mois.

Enfin, le présent article prévoit que, lorsque le parent a bénéficié du cumul de l'allocation parentale d'éducation et du revenu professionnel, le droit à l'allocation parentale

d'éducation ne peut être réouvert qu'en cas de changement de sa situation familiale, une nouvelle naissance par exemple, afin d'éviter un détournement du dispositif de cumul par une nouvelle demande d'APE déposée après deux mois d'activité.

Cette mesure se traduira par une économie pour la branche famille car les bénéficiaires seront incités à retravailler plus tôt ce qui entraînera, passée la période de deux mois où le cumul sera autorisé, la cessation du versement de l'allocation.

La première année, la mesure devrait prendre effet de façon très progressive et l'économie pour la branche famille est évaluée à 64 millions de francs. En année pleine, l'économie est évaluée à 110 millions de francs.

Article 18

Il est créé, à compter du 1^{er} janvier 2001, au sein du Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations familiales, un fonds d'investissement pour les crèches.

Ce fonds a pour objet d'apporter aux collectivités locales et aux associations gestionnaires des aides à la création d'équipements ou services d'accueil de la petite enfance.

La recette de ce fonds est constituée par l'excédent de l'exercice 1999 de la branche famille, affecté à un compte de réserve spécifique à hauteur de 1,5 milliard de francs.

Pour chaque exercice, les dépenses correspondantes sont inscrites et individualisées en dépenses exceptionnelles au sein du Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations familiales.

Ces dépenses sont équilibrées en fin d'exercice par une affectation des réserves à due concurrence.

Ce fonds prend fin à la consommation complète des crédits inscrits au compte de réserve spécifique.

Exposé des motifs

Lors de la Conférence de la famille le 15 juin 2000, le Gouvernement a annoncé la création d'un fonds d'investissement-crèches doté à hauteur de 1,5 milliard de francs. Ce fonds est alimenté par un prélèvement sur l'excédent 1999 de la branche famille. Il a vocation à participer au développement des établissements et services d'accueil de la petite enfance par le versement d'une aide à l'investissement aux collectivités locales et aux associations gestionnaires.

Ce fonds a un caractère exceptionnel et non reconductible.

Cet article procède à la création de ce fonds.

Il autorise l'affectation de 1,5 milliard de francs prélevé sur l'excédent 1999 de la branche famille dans un compte de réserve affectée de la Caisse nationale des allocations familiales. Il précise que les subventions d'aide à l'investissement versées par les caisses d'allocations familiales sont inscrites dans un compte spécifique en charges exceptionnelles du Fonds national d'action sanitaire et sociale (FNAS).

Section 2

Branche vieillesse

Revalorisation des pensions

Article 19

L'article L. 351-11 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 351-11.*- Au titre de l'année 2001, le coefficient de revalorisation applicable au 1^{er} janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 1,022. »

Exposé des motifs

Le présent article précise les modalités de revalorisation, au 1^{er} janvier 2001, des avantages de vieillesse servis par le régime général et par les régimes suivant les mêmes règles de revalorisation, ainsi que celles des salaires reportés au compte individuel vieillesse de chaque assuré.

L'évolution en moyenne annuelle des prix à la consommation de tous les ménages (hors les prix du tabac) pour l'année 2001, telle que prévue dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2001, est de 1,2 %.

Le Gouvernement souhaite faire participer les retraités à la croissance et propose donc un taux de revalorisation pour 2001 de 2,2 %.

Les retraités non imposables bénéficieront de plus de l'exonération de la contribution pour le remboursement de la dette sociale prévue à l'article 3.

Article 20

I.- A la sous-section 4 de la section 1 du chapitre I^{er} du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 161-17-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 161-17-1.*- En vue d'améliorer la connaissance statistique sur les effectifs de retraités et les montants des retraites et de faciliter la coordination entre les régimes de retraite en matière de service des prestations, il est créé un répertoire national des retraites et des pensions.

« A cette fin, les organismes gérant les régimes de retraite mentionnés au présent titre et au titre II du livre IX, les débiteurs d'avantages de vieillesse non contributifs ou d'avantages gérés au titre des articles L. 381-1 et L. 742-1 du présent code et les organismes gérant les régimes d'assurance invalidité communiquent à l'organisme chargé par décret de la gestion technique du répertoire, lors de la liquidation des avantages de retraite, les informations sur la nature et le montant des avantages servis, ainsi que les informations strictement nécessaires à l'identification des assurés et de leurs ayants-droit, et à la détermination de leurs droits.

« Le numéro d'identification au répertoire national d'identification des personnes physiques est utilisé dans les traitements et les échanges d'informations nécessaires à l'application de ces dispositions par les organismes débiteurs des avantages mentionnés au deuxième alinéa du présent article.

« Le contenu et les modalités de gestion et d'utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d'Etat. »

II.- Les organismes cités à l'article L. 161-17-1 du code de la sécurité sociale transmettent à l'autorité compétente de l'Etat les données nécessaires à la constitution d'un échantillon statistique inter-régimes de cotisants, anonyme et représentatif, visant à élaborer un système d'informations sur les droits acquis à la retraite par les personnes d'âge actif.

Un décret fixe les conditions de la communication des données mentionnées au premier alinéa.

Exposé des motifs

Le présent texte a pour objet la mise en place de deux outils en vue de remédier aux insuffisances du système actuel

d'information statistique sur les futurs retraités et sur les retraites. L'objectif est d'améliorer l'information du Parlement et du Conseil d'orientation des retraites sur les effectifs de cotisants et de retraités et, donc, sur l'évolution prévisible des comptes des régimes de retraite. Ces deux outils ont reçu un avis favorable de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

Au I du présent article, il est proposé la création d'un répertoire national des retraites et des pensions.

La mise en place d'un outil commun à l'ensemble des régimes permettrait en effet d'affiner les connaissances statistiques disponibles relatives au nombre des retraités et au montant des retraites. Un tel outil permettrait en outre d'accroître les données relatives aux flux de compensations démographiques entre régimes de retraite, de réduire les risques de versements indus au titre du minimum vieillesse et de faciliter l'application des règles de cumul des pensions.

L'échantillon inter-régimes de cotisants, prévu au II du présent article, doit constituer un instrument supplémentaire de pilotage des régimes de retraite au regard des droits en cours d'acquisition.

Pour suivre en continu le problème des retraites, il est nécessaire de disposer d'un instrument statistique permettant d'évaluer la situation des personnes d'âge actif au regard de leurs droits futurs à retraite.

Un tel instrument, combinant la précision des données administratives et une vision inter-régimes permettrait d'apprécier en continu l'acquis résultant des carrières effectuées jusqu'à quarante, quarante-cinq ou cinquante ans (et des ruptures éventuelles dans ces carrières) par les différentes catégories d'actifs, en fournissant avec une périodicité régulière une photographie de la situation des droits acquis par un échantillon d'actifs de différentes générations dans l'ensemble des régimes de retraite où ils ont cotisé.

Article 21

Le dernier alinéa de l'article L. 161-22 du code de la sécurité sociale, la dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 732-39 du code rural, les mots : « , jusqu'au 31 décembre 2000, » du premier alinéa de l'article L. 634-6 du code de la sécurité sociale et le dernier alinéa de l'article 14 de la loi n° 87-563 du 17 juillet 1987 portant réforme du régime d'assurance vieillesse applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon sont abrogés.

Exposé des motifs

Le dispositif de cumul emploi-retraite, institué par l'ordonnance n° 82-290 du 30 mars 1982 relative à la limitation des possibilités de cumuls entre pensions de retraite et revenus d'activité consiste, pour l'essentiel, en l'interdiction, faite à celui qui demande la liquidation de sa pension à partir de soixante ans, de poursuivre son activité antérieure. Ce dispositif a été régulièrement reconduit depuis lors.

En 1999, une mission a été confiée à M. BALMARY, conseiller d'Etat, pour étudier l'éventualité d'un aménagement des règles actuelles. Il ressort de cette étude que ce dispositif, auquel les partenaires sociaux sont fortement attachés, ne soulève pas de critique majeure de leur part et n'occasionnera pas de tensions particulières.

Par ailleurs, il est probable que la suppression de ce dispositif aurait un impact non négligeable sur le chômage, puisque les retraités pourraient, sans limitation, poursuivre leur activité professionnelle.

C'est pourquoi le Gouvernement propose de pérenniser le dispositif en vigueur.

Article 22

I.- Le fonds visé à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale a pour mission de financer la validation, par les organismes visés à l'article L. 921-4 du même code, des périodes de chômage et de préretraite indemnisées par l'Etat.

II.- Ce fonds prend en charge, dans des conditions fixées par une convention conclue entre l'Etat et les organismes visés à l'article L. 921-4 du code de la sécurité sociale :

a) Les cotisations dues à compter du 1^{er} janvier 1999 au titre des périodes de perception des allocations spéciales du fonds national pour l'emploi visées au 2° de l'article L. 322-4 du code du travail, des allocations de préretraite progressive visées au 3° du même article, des allocations de solidarité spécifique visées à l'article L. 351-10 du même code ;

b) Le remboursement des sommes dues antérieurement au 1^{er} janvier 1999, pour la validation des périodes de perception des allocations visées au a) ci-dessus.

III.- Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

IV.- Au premier alinéa de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « mentionnées à l'article L. 135-2 », sont ajoutés les mots : « et de l'article 22 de la loi n° du de financement de la sécurité sociale pour 2001 ».

Exposé des motifs

L'objet du présent article est de permettre le financement par le Fonds de solidarité vieillesse de la validation par les régimes de retraite complémentaire des périodes de chômage et de préretraite indemnisées par l'Etat.

Il met fin à un litige existant depuis 1984 entre l'Etat et les régimes de retraite complémentaire. Ce litige a conduit ces derniers à suspendre, à partir de 1996, les points de retraite complémentaire pour les préretraités et les chômeurs solidarité.

Le Gouvernement s'est attaché à trouver une solution à ce conflit, afin que les personnes ayant été affectées par la perte d'un emploi pendant leur carrière professionnelle ne voient pas leur retraite complémentaire amputée.

Un accord a été trouvé avec les partenaires sociaux, gestionnaires des régimes de retraite complémentaire, le 23 mars 2000. Il permet désormais à tous les retraités de bénéficier de leurs droits à retraite complémentaire.

Conformément à l'accord du 23 mars 2000, cet article prévoit, pour les périodes de préretraite et de chômage solidarité, la prise en charge par le Fonds de solidarité vieillesse des cotisations des préretraités et des chômeurs solidarité et le remboursement des dépenses passées effectuées par les régimes de retraite complémentaire.

Article 23

I.- Le 4° de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale est complété par un *d* ainsi rédigé :

« *d*) Des périodes pendant lesquelles l'assuré a bénéficié, en cas d'absence complète d'activité, d'un revenu de remplacement de la part de son entreprise en application d'un accord professionnel national mentionné au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail ; ».

II.- A l'avant-dernier alinéa de l'article L. 135-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « au *a* et au *b* » sont remplacés par les mots : « aux *a*, *b* et *d* ».

III.- Les dispositions du présent article sont applicables aux revenus versés en application d'accords mentionnés au dernier alinéa de l'article L. 352-3 du code du travail à compter du 1^{er} janvier 2001.

Exposé des motifs

Les périodes de perception des allocations de cessation anticipée d'activité versées au sein des entreprises ayant conclu une convention avec l'Etat visée au VI de l'article R. 322-7-2 du code du travail (décret n° 2000-105 du 9 février 2000 relatif à la cessation d'activité de certains travailleurs salariés et modifiant le code du travail) sont comptées comme période d'assurance pour l'ouverture du droit à pension, conformément à l'article L. 351-3 du code de la sécurité sociale.

Le Fonds de solidarité vieillesse (FSV) ayant vocation à financer les périodes validées pour la retraite lorsqu'elles ne donnent pas lieu au versement des cotisations de droit commun, le présent texte prévoit la prise en charge, par le FSV, des périodes de perception des allocations précitées. Comme pour d'autres mesures, notamment la validation des périodes de chômage indemnisé, ce financement serait calculé sur une base forfaitaire fixée par décret en Conseil d'Etat.

Article 24

I.- Le II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« II.- Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :

« - 20 % à la première section du Fonds de solidarité vieillesse, mentionnée à l'article L. 135-2 ;

« - 50 % au fonds mentionné à l'article L. 135-6 ;

« - 30 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. »

II.- Après le 5° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 6° ainsi rédigé :

« 6° Une fraction, fixée à l'article L. 245-16, des prélèvements sociaux prévus aux articles L. 245-14 et L. 245-15 ».

III.- A l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le 3° est supprimé.

IV.- Les dispositions du présent article sont applicables aux versements à recevoir par les organismes visés au II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale à compter du 1^{er} janvier 2001.

Exposé des motifs

Le présent article prévoit une nouvelle répartition du prélèvement social de 2 % désormais affecté à titre exclusif au financement du risque vieillesse. Le produit de ce prélèvement reste attribué à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à hauteur de 30 %. La part affectée au fonds de réserve est portée à 50 %. Les 20 % restants sont affectés au Fonds de solidarité vieillesse pour lequel ce prélèvement constitue une nouvelle ressource.

Article 25

Les 3°, 3° *bis* et 4° de l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale sont remplacés par les 3° à 7° ainsi rédigés :

« 3° Les montants résultant de l'application de l'article L. 251-6-1 ;

« 4° Une fraction égale à 50 % du produit des prélèvements visés aux articles L. 245-14 à L. 245-16 ;

« 5° Les versements du compte d'affectation institué par le II de l'article 23 de la loi de finances pour 2001 (n° du) ;

« 6° Toute autre ressource affectée au fonds de réserve ;

« 7° Le produit des placements effectués au titre du fonds de réserve. »

Exposé des motifs

Le présent article complète les ressources du fonds de réserve des retraites constituant la deuxième section du Fonds de solidarité vieillesse, tel que créée par la loi de financement

de la sécurité sociale pour 1999, en lui affectant notamment 75 % des recettes tirées de la cession des licences de téléphonie mobile de troisième génération. Pour 2001 et 2002, le fonds de réserve bénéficiera de la moitié de ces recettes, soit 18,5 milliards de francs par an.

Article 26

I.- A l'article L. 12 du code des pensions de retraite des marins, il est ajouté un 12° ainsi rédigé :

« 12° Dans des limites fixées par voie réglementaire, les périodes pendant lesquelles un marin a perçu une pension d'invalidité en raison d'une maladie ou d'un accident non professionnels. »

II.- Le premier alinéa de l'article L. 41 du code des pensions de retraite des marins est ainsi rédigé :

« Tous les services accomplis à bord des navires de commerce, de pêche, de culture marines ou de plaisance par des marins et tous les services non embarqués qui sont de nature à ouvrir droit au bénéfice des pensions ou allocations servies par la caisse de retraite des marins, à l'exception des services à l'Etat et des périodes visées aux 9° et 12° de l'article L. 12, donnent lieu, de la part des propriétaires ou armateurs de navires de mer ou de la part des employeurs, à un versement calculé en fonction des salaires des marins et destiné à l'alimentation de la caisse. »

Exposé des motifs

Au contraire du régime général de sécurité sociale, le régime des marins ne connaît pas de substitution d'une pension de vieillesse à la pension d'invalidité à l'âge minimum auquel s'ouvre ce droit.

Les marins invalides perçoivent le plus souvent jusqu'à leur décès leur pension d'invalidité maladie, pension qui n'est pas réversible et dont les annuités ne sont pas prises en compte dans le calcul des pensions de retraite. Après leur décès, les pensions de veuves sont donc liquidées uniquement sur la Caisse de retraite des marins (CRM) et reposent sur un faible nombre d'annuités, fondé sur les seules années d'activité professionnelle ; leur montant est donc généralement très modeste, inférieur au minimum vieillesse.

Le projet de texte, qui vise à améliorer la situation des veuves, consiste à :

- permettre la validation pour pension des périodes passées en invalidité maladie jusqu'à ce que vingt-cinq annuités soient totalisées comme périodes validées pour pension ;

- substituer une pension de vieillesse sur la CRM à la pension d'invalidité dès lors que les vingt-cinq annuités seraient atteintes à compter du cinquante-cinquième anniversaire du marin et au plus tard à soixante ans (âge de la substitution au régime général) quel que soit le nombre d'annuités.

Article 27

L'article L. 726-3 du code rural est abrogé.

Exposé des motifs

La loi de finances pour 1980 (n° 80-30 du 18 janvier 1980) a institué, à l'article L. 726-3 (ancien 1003-8-1) du code rural, un Fonds additionnel d'action sociale (FAAS) destiné à apporter une contribution supplémentaire aux caisses de mutualité sociale agricole en vue de leur permettre de développer leur action concernant les services ménagers pour les personnes âgées. L'existence d'un fonds additionnel, distinct des fonds d'action sanitaire et sociale des caisses et dont le montant a été régulièrement revalorisé, a permis dans un premier temps de développer les services ménagers, qui sont une composante de la politique de maintien à domicile des personnes âgées. Or, compte tenu des évolutions démographiques constatées et prévisibles, le maintien à domicile appelle des solutions diversifiées (portage des repas ou des médicaments à domicile, télé-assistance, accueil temporaire de jour en structure collective) et une approche globale. La vocation restrictive du FAAS, qui ne peut financer que les seuls services ménagers, apparaît aujourd'hui comme un frein à une approche globale du maintien à domicile dont la nécessité peut être mieux prise en compte par l'action sanitaire et sociale des caisses.

Aussi est-il proposé de fondre le FAAS au sein de l'action sanitaire et sociale des caisses, en abrogeant l'article L. 726-3 (ancien 1003-8-1).

Section 3
Branche maladie

Article 28

I.- A.- Au chapitre V du titre I^{er} du livre VI du code de la sécurité sociale, l'article L. 615-14 est ainsi rédigé :

« *Art. L. 615-14.*- Les prestations de base servies aux ressortissants du régime institué par le présent livre en cas de maladie ou d'accident sont celles prévues aux 1^o, 2^o, 3^o, 4^o, 6^o, 7^o et 8^o de l'article L. 321-1 et, en cas de maternité, celles prévues à l'article L. 331-2.

« A cet effet, il est fait application des dispositions prévues aux articles L. 322-2, L. 322-3 et L. 332-1 à 332-3. »

B - Au chapitre V du titre I^{er} du livre VI du code de la sécurité sociale, la sous-section 2 de la section III est abrogée.

C - La sous-section 3 de la section III du chapitre V du titre I^{er} du livre VI du même code, qui devient la sous-section 2, est intitulée : « Dispositions particulières relatives à l'assurance maternité ».

II.- Lorsqu'une personne est titulaire d'un contrat ou d'une adhésion souscrit auprès d'un organisme de protection complémentaire avant le 1^{er} janvier 2001, pour la part non prise en charge par le régime des travailleurs non salariés au titre des prestations en nature des assurances maladie et maternité, elle obtient à sa demande et à tout moment pour le contrat ou l'adhésion en cours la résiliation totale de la garantie initialement souscrite auprès dudit organisme.

Les cotisations ou primes afférentes aux adhésions ou contrats résiliés sont remboursés par les organismes qui les ont perçues, au prorata de la durée de l'adhésion ou du contrat restant à courir.

III.- A l'article L. 615-12 du code de la sécurité sociale après le mot : « L. 322-1 » est ajouté le mot : « L. 324-1 ».

Exposé des motifs

Le Gouvernement propose d'améliorer les prestations d'assurance maladie et maternité en nature des travailleurs non salariés non agricoles, actuellement moins favorables que celles du régime général, en réalisant un alignement total de ces prestations sur les prestations des salariés.

Le I du présent article rend applicable aux travailleurs indépendants non agricoles toutes les dispositions du régime général relatives à la nature de ces prestations, à leur taux de prise en charge et aux cas d'exonération du ticket modérateur.

Le II permet aux intéressés de résilier leurs contrats en cours auprès d'organismes de protection complémentaire, s'ils le souhaitent. Cette mesure leur permettra de choisir un organisme complémentaire qui leur consente une baisse de cotisation correspondant à la réduction de la part de prise en charge complémentaire consécutive à l'amélioration des prestations de base.

Le III étend aux travailleurs indépendants non agricoles recevant des soins continus pendant une durée supérieure à six mois le bénéfice du protocole conjoint de soins. Actuellement, en effet, dans le régime des non salariés non agricoles, ce protocole de traitement établi en concertation par le médecin conseil et par le médecin traitant est réservé aux seules personnes atteintes d'une affection longue et coûteuse (ALD). Il s'agit, là encore, d'une mesure d'alignement sur le régime général.

Article 29

Dans la première phrase du premier alinéa du I de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « Pendant une durée de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 » sont remplacés par les mots : « Jusqu'au 31 décembre 2001 ».

Exposé des motifs

Dans sa rédaction actuelle, l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale prévoit que les expérimentations qu'il organise peuvent être conduites jusqu'en avril 2001.

Le projet de loi de modernisation du système de santé qui sera prochainement examiné par le Parlement comporte une disposition réorganisant et refondant ces

expérimentations. Compte tenu des délais nécessaires à l'adoption de ce projet, il est proposé de proroger le dispositif expérimental jusqu'à la fin de l'année 2001 afin de donner une sécurité juridique aux réseaux agréés, le temps que la loi de modernisation du système de santé refonde leur statut.

Article 30

I.- Le III de l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est ainsi rédigé :

« *III.*- Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe chaque année, compte tenu du montant de dépenses autorisées chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et des crédits non consommés au titre des exercices antérieurs, le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette participation est répartie entre les différents régimes dans les conditions définies à l'article L. 722-4 du code de la sécurité sociale. Les modalités selon lesquelles est calculé, pour l'application des présentes dispositions, le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, sont déterminées par arrêté interministériel. »

II.- Pour 2001, le montant total des dépenses mentionné au III de l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est fixé à 700 millions de francs.

Exposé des motifs

Le Fonds d'aide à la qualité des soins de ville a perçu 500 millions de francs au titre de chacun des exercices 1999 et 2000, soit des ressources cumulées de 1 milliard de francs. Le fonds n'a pu réellement fonctionner que dans le courant de l'année 2000 et ses dépenses estimées ne devraient pas excéder 200 à 300 millions de francs. Le décret d'application de l'article 25 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 a prévu que les crédits non consommés restaient acquis au fonds et pouvaient être reportés sur les exercices suivants. Il ne paraît pas souhaitable de remettre en cause cette règle de gestion qui tend à responsabiliser les gestionnaires du fonds. Toutefois, si l'on reconduisait le mécanisme antérieur dans la loi de financement

de la sécurité sociale pour 2001, la loi prévoirait des ressources à hauteur de 500 millions de francs alors que les dépenses potentielles du fonds pourraient atteindre 1,2 à 1,3 milliard de francs. Afin que le Parlement dispose d'une information la plus précise possible sur les activités de ce fonds expérimental, le présent article tend à prévoir que la loi fixe le montant des dépenses, renvoyant au pouvoir réglementaire le soin de fixer, lorsque les comptes du fonds seront connus, le montant précis de la contribution annuelle des régimes obligatoires d'assurance maladie. Bien entendu, le Parlement restera destinataire d'un rapport annuel sur les conditions réelles d'exécution du fonds au titre de l'année antérieure.

Article 31

I.- Le chapitre V du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est intitulé :

« CHAPITRE V

« Règlement des litiges avec les professionnels de santé ».

II.- Dans la section 1 du chapitre V du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, sont insérés les articles L. 145-1 à L. 145-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 145-1.-* Les fautes, fraudes, abus et tous manquements aux obligations découlant pour un professionnel de santé des dispositions législatives et réglementaires relatives à la sécurité sociale, relevés à son encontre à l'occasion des soins dispensés aux assurés sociaux sont soumis à la procédure prévue aux articles L. 145-1-1 à L. 145-2.

« *Art. L. 145-1-1.-* Lorsqu'une caisse relève à l'encontre d'un professionnel de santé les faits mentionnés à l'article L. 145-1, le directeur lui notifie son constat, qui comporte les éléments permettant d'apprécier la matérialité des faits reprochés et l'informe de son intention d'appliquer la procédure prévue aux articles L. 145-1-1 à L. 145-2.

« *Art. L. 145-1-2.-* Le directeur de la caisse informe le professionnel de santé de la possibilité qui lui est offerte de recourir à une conciliation.

« Lorsque les propositions du conciliateur recueillent l'accord des parties, cet accord fait l'objet d'un constat signé par celles-ci et par le conciliateur, qui s'impose au professionnel et à l'organisme d'assurance maladie.

« Les dispositions du présent article ne sont pas applicables aux professionnels qui, dans les cinq ans qui précèdent l'ouverture de la procédure mentionnée à l'article L. 145-1-1, n'ont pas respecté les engagements pris à l'occasion d'une précédente conciliation ou qui ont fait l'objet des sanctions prévues au 4° du deuxième alinéa de l'article L. 145-1-3 et au 4° et 5° du deuxième alinéa de l'article L. 145-2.

« *Art. L. 145-1-3.-* A défaut de conciliation, ou si les modalités proposées par le conciliateur ne sont pas acceptées par l'une des parties, la caisse informe le professionnel de la suite qu'elle entend réserver au litige et sollicite ses observations. La caisse peut, en fonction de la gravité des faits reprochés, prononcer l'une des mesures prévues ci-dessous ou saisir la section des assurances sociales du conseil régional ou interrégional mentionnée à l'article L. 145-6.

« Peuvent être prononcées par la caisse, en application de l'alinéa précédent, les mesures suivantes :

« 1° La mise en garde ;

« 2° La suspension des dépassements d'honoraires autorisés le cas échéant par la convention, pour une durée maximale d'un an ;

« 3° Une pénalité financière dans la limite du plafond annuel de la sécurité sociale ;

« 4° La suspension du conventionnement pour une durée maximale de trois mois ;

« La mesure prévue au 4° peut être assortie du sursis.

« La pénalité prévue au 3° peut être imputée sur la participation des caisses prévue aux articles L. 162-5-11, L. 645-2 et L. 722-4.

« La mesure prononcée par la caisse est exécutoire à compter de sa notification au professionnel.

« Le professionnel de santé auquel est appliquée la sanction prévue au 4° peut former un recours devant le président de la section des assurances sociales du conseil régional qui peut, dans un délai de quarante huit heures, prononcer la suspension de cette

décision lorsqu'elle est de nature à porter une atteinte grave et irréparable à l'exercice du professionnel concerné. La décision rendue par le président est susceptible d'appel devant le président de la section des assurances sociales du conseil national de l'ordre qui statue dans un délai identique.

« Les mesures prononcées par les caisses sont susceptibles de recours devant la section des assurances sociales du conseil régional de l'ordre mentionnée à l'article L. 145-6, qui peut soit confirmer la décision prise par la caisse, soit l'annuler, soit prononcer l'une des sanctions prévues à l'article L. 145-2.

« *Art. L. 145-2.-* Lorsque la caisse décide, en application des dispositions du premier alinéa de l'article L. 145-1-3, et en raison de la gravité des faits reprochés au professionnel, de solliciter une sanction relevant de la compétence de la section des assurances sociales du conseil régional ou interrégional, elle saisit celle-ci de sa demande en lui transmettant l'ensemble des éléments de la procédure en sa possession. Il en est de même lorsque la caisse constate, à l'occasion des soins dispensés par le professionnel aux assurés sociaux, des manquements aux règles applicables à l'exercice de sa profession.

« La demande est soumise en première instance à une section du conseil régional de discipline des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou conseils inter-régionaux de discipline des sages-femmes dite section des assurances sociales du conseil régional de discipline et, en appel, à une section distincte de la section disciplinaire du conseil national de l'ordre des médecins ou des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, dite section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des chirurgiens-dentistes ou section des assurances sociales du conseil national de l'ordre des sages-femmes.

« Les sanctions susceptibles d'être prononcées par la section des assurances sociales du conseil régional ou par la section spéciale du conseil national des assurances sociales du conseil national de l'ordre des médecins, des chirurgiens-dentistes ou des sages-femmes, sont :

« 1° Le blâme ;

« 2° La suspension ou la suppression des dépassements d'honoraires autorisés le cas échéant par la convention ;

« 3° Une pénalité financière au bénéfice de l'assurance maladie dans la limite du double du plafond annuel de la sécurité sociale ;

« 4° La suspension du conventionnement pour une durée maximale d'un an ;

« 5° L'interdiction temporaire ou permanente, avec ou sans sursis, du droit de donner des soins aux assurés sociaux.

« Dans le cas d'abus d'honoraires, la section des assurances sociales peut ordonner le remboursement à l'assuré du trop-perçu ou le reversement aux organismes de sécurité sociale du trop-remboursé, même s'il n'est prononcé aucune des sanctions prévues ci-dessus.

« La section des assurances sociales peut assortir les sanctions prévues ci-dessus de leur publication.

« Si, pour des faits commis dans un délai de cinq ans à compter de la notification d'une sanction assortie du sursis et devenue définitive, la juridiction prononce la sanction prévue au 5°, elle peut décider que la sanction, pour la partie assortie du sursis, devient exécutoire sans préjudice de l'application de la nouvelle sanction.

« Est considérée comme non avenue une sanction, pour la partie assortie du sursis, lorsque le praticien sanctionné n'aura commis aucune nouvelle faute suivie d'une sanction dans le délai fixé à l'alinéa précédent.

« Les sanctions prévues au présent article ne sont pas cumulables avec les peines prévues à l'article L. 4124-6 du code de la santé publique lorsqu'elles ont été prononcées à l'occasion des mêmes faits. Si les juridictions compétentes prononcent des sanctions différentes, la sanction la plus forte peut seule être mise à exécution. »

III.- Au premier alinéa de l'article L. 145-6 du code de la sécurité sociale, les mots : « deux présidents suppléants » sont remplacés par les mots : « un ou plusieurs présidents suppléants ».

IV.- Au premier alinéa de l'article L. 145-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « que deux conseillers d'Etat suppléants » sont remplacés par les mots : « qu'un ou plusieurs conseillers d'Etat suppléants ».

V.- Après l'article L. 145-7 du code de la sécurité sociale est inséré un article L. 145-7-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 145-7-1.*- Les assesseurs représentant les organismes de sécurité sociale au sein des sections des assurances sociales visées aux articles L. 145-6 et L. 145-7 ne peuvent être chargés, dans l'exercice des fonctions qui leurs sont confiées au sein de ces organismes, du contrôle des actes effectués par les professionnels de santé. »

VI.- A la section 4 du chapitre V du titre IV du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, sont insérés les articles L. 145-10 et L. 145-11 ainsi rédigés :

« *Art. L. 145-10.*- Le fonctionnement des sections des assurances sociales mentionnées aux articles L. 145-6 et L. 145-7 donne lieu au versement d'une participation financière des régimes obligatoires d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail.

« *Art. L. 145-11.*- Les modalités d'application du présent chapitre sont déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

VII.- Après l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale, est inséré un article L. 133-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-5.*- Pour le recouvrement des sommes exigées d'un professionnel de santé au titre des articles L. 133-4, L. 145-1-3 et L. 145-2, la caisse peut faire usage des prérogatives et règles applicables par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. La caisse peut également, lorsqu'elle est redevable au professionnel d'honoraires, déduire la somme des montants dus. »

VIII.- Le troisième alinéa de l'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale est abrogé.

IX.- A l'article L. 162-5-7 du code de la sécurité sociale, les mots : « pour violation des engagements prévus par celle-ci » sont remplacés par les mots : « s'il ne remplit pas les conditions d'honorabilité prévues par celle-ci ».

X.- Après l'article L. 162-34 du code de la sécurité sociale, est inséré un article L. 162-34-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-34-1.* - Les conventions prévues au présent chapitre ne peuvent contenir de dispositions prévoyant des sanctions pour les professionnels, à l'exception de celles qui sont indispensables au respect par le professionnel de santé d'engagements spécifiques définis par ces conventions et n'entrant pas dans le champ défini à l'article L. 145-1. »

XI.- Les articles L. 162-5-2, L. 162-12-16 et L. 315-3 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

XII.- Le 2° de l'article L. 142-3 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 2° Aux règlements des litiges mentionnés aux articles L. 145-1 et L. 145-2 ».

Exposé des motifs

Sans compter les instances disciplinaires et judiciaires, six types de procédures différents ont aujourd'hui pour objet de régler les litiges entre les professionnels de santé et les caisses d'assurance maladie selon des modalités très diverses. L'inefficacité résultant de cette complexité est certaine : multiplication et cumul des actions engagées devant différentes instances pour le même litige, nombre élevé d'annulations pour vices de forme, sentiment d'injustice des professionnels de santé subissant différentes sanctions pour les mêmes faits.

L'article proposé a pour objet de simplifier le système tout en renforçant son efficacité. Son champ ne comprend cependant ni les instances disciplinaires qui portent sur l'exercice de la profession (articles L. 4124-1 à L. 4124-8 du code de la santé publique) ni la procédure d'indu (L. 133-4 du code de la sécurité sociale) qui n'est pas véritablement une sanction puisqu'il s'agit de récupérer des sommes injustement payées. En revanche, la nouvelle procédure inclut désormais le non-respect des dispositions conventionnelles, rendues obligatoires par leur approbation, les conventions ne pouvant plus introduire de sanctions.

Afin de limiter et d'éviter de longs contentieux, la possibilité de recourir à une procédure de conciliation sera offerte aux organismes d'assurance maladie et aux professionnels de santé avant toute ouverture d'une procédure pouvant conduire à une sanction. Des accords variés -engagement du professionnel à suivre une formation en vue d'une évaluation ultérieure par les unions régionales des

médecins libéraux, adhésion au contrat de bonnes pratiques, rétrocession d'honoraires indûment perçus,...- pourront être obtenus sous la responsabilité d'un conciliateur désigné par le président de la section des assurances sociales sur une liste établie à cet effet. S'il l'estime utile, le conciliateur pourra soumettre les contestations d'ordre médical à une procédure spécifique d'expertise sous l'autorité du président de la section des assurances sociales.

En cas d'échec de la phase de conciliation et en fonction de leur gravité, certaines mesures pourront être prises par les caisses. Le caractère exécutoire immédiat de ces mesures renforcera l'efficacité des procédures engagées. La suspension du conventionnement pour une durée maximale de trois mois pourra être assortie d'un mécanisme de recours suspensif, dans un délai de quarante-huit heures, devant le président de la section des assurances sociales du conseil régional. La section des assurances sociales sera compétente pour prononcer les sanctions les plus graves.

Dans un souci de cohérence, l'ensemble des contentieux portant sur les sanctions des professionnels de santé seront traités par les sections des assurances sociales, instances dans lesquelles sont représentés les ordres professionnels.

L'élargissement des compétences des sections des assurances sociales -jusqu'alors financées par les seuls ordres professionnels- justifie par ailleurs la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie, maternité, invalidité et accidents du travail pour leur permettre de faire face aux nouvelles charges et de rémunérer les futurs conciliateurs et l'expertise. De même, le texte prévoit une augmentation du nombre des magistrats suppléants susceptibles de présider les sections des assurances sociales.

Enfin, l'article proposé entraîne la suppression des comités médicaux régionaux et des dispositions actuelles relatives aux sanctions applicables en cas non-respect des références médicales opposables.

Cette réforme, en rétablissant l'efficacité du système de contrôle des règles qui s'imposent aux professionnels de santé, favorisera l'évolution des pratiques des professionnels. La réduction des actes et prescriptions indûment coûteux permettra d'infléchir l'évolution des dépenses d'assurance maladie. Cet effet s'ajoutera au rendement direct des procédures mises en œuvre à l'encontre des professionnels mis en cause.

Article 32

I.- L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation reçoit une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; un décret en Conseil d'Etat détermine notamment les modalités de fixation et de révision de cette dotation globale par l'autorité compétente de l'Etat.

II.- L'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation mentionnée au I du présent article est autorisée à conclure des contrats à durée indéterminée avec les agents contractuels de droit public qu'elle emploie.

Exposé des motifs

Les dispositions prévues par cet article ont pour but de contribuer à la mise en œuvre des systèmes d'information de l'assurance maladie et de ceux de l'Etat dans le domaine de l'hospitalisation, utilisés pour le pilotage des dépenses de santé.

Les dispositions prévues aux I et II concernent l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation. La création de cet établissement public administratif, prévue par un décret en cours de publication, a pour principal objet de permettre la réunion de l'ensemble des équipes sur lesquelles s'appuie l'administration pour mettre en œuvre le programme de médicalisation des systèmes d'information. On sait que ce système d'information est devenu central pour la mise en œuvre de la politique hospitalière sous ces différents aspects : l'allocation budgétaire et les évolutions tarifaires, mais aussi l'organisation de l'offre de soins dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire. C'est un système d'information lourd ; plus de quinze millions d'informations sont centralisées chaque année. Or les équipes qui permettent le fonctionnement du système ont évolué jusqu'ici dans un cadre de travail fragile. Composées de médecins, de statisticiens, d'informaticiens, il importe aujourd'hui de donner à ces équipes une assise plus solide en les rassemblant dans un établissement public à vocation technique placé sous la tutelle de la direction de l'hospitalisation et de l'organisation des soins. Cet établissement sera cofinancé par l'Etat et l'assurance maladie.

Il convient de préciser par la loi que :

- les financements versés par l'assurance maladie prendront la forme d'une dotation globale versée dans les

conditions de l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale, comme cela est le cas pour d'autres établissements publics nationaux exerçant des missions dans le domaine de l'hospitalisation (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, par exemple) ;

- l'agence peut conclure des contrats à durée indéterminée avec ses agents contractuels, issus des structures fonctionnant jusqu'ici et qui composeront donc une partie importante du personnel de l'agence.

Article 33

I.- Il est créé un Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé. Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

II.- Ce fonds finance des actions d'amélioration des conditions de travail des personnels des établissements de santé et d'accompagnement social de la modernisation des établissements de santé.

A ce titre, il participe au financement :

1° De contrats d'amélioration des conditions de travail ayant fait l'objet d'un accord négocié entre les responsables d'établissements et les organisations syndicales représentatives au sein de l'établissement au sens de l'article L. 6144-4 du code de la santé publique ;

2° Des actions de modernisation sociale, notamment celles figurant dans le volet social des contrats d'objectifs et de moyens ;

3° Des aides individuelles destinées à favoriser la mobilité et l'adaptation des personnels des établissements engagés dans des opérations de recomposition et de modernisation.

III.- Bénéficiaire du concours de ce fonds, les actions mentionnées au II ci-dessus entreprises par des établissements visés à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale ayant fait l'objet d'un agrément par le ou les directeurs d'agence régionale de l'hospitalisation compétents. Les établissements non visés par cet article peuvent également bénéficier, après agrément dans les conditions mentionnées précédemment, du concours du fonds dans le cadre d'opérations de coopération entre un ou plusieurs de ces

établissements et un ou plusieurs établissements visés à l'article L. 174-1 du même code.

IV.- Les ressources du fonds sont constituées par une contribution des régimes obligatoires d'assurance maladie, dont le montant est fixé chaque année par arrêté interministériel. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

Le solde disponible du Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé est versé au Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé, à la date de sa création. Le montant de ce solde est constaté par arrêté interministériel.

V.- Les modalités d'application du présent article sont déterminées par décret.

VI.- L'article 25 de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998 est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au V.

Exposé des motifs

Le protocole d'accord du 14 mars 2000 conclu entre le Gouvernement et les organisations syndicales représentatives des personnels de la fonction publique hospitalière a mis en évidence la nécessité d'améliorer les conditions de travail et de soutenir la modernisation sociale des établissements de santé.

Un Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé est créé à cet effet, qui fait l'objet du présent article.

Le I confie la gestion du fonds à la Caisse des dépôts et consignations.

Le II détermine le champ d'intervention du fonds.

Le III définit les catégories d'établissements dont les actions ou opérations sont éligibles à un financement par le fonds après agrément du directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation : les établissements appartenant au service public hospitalier ainsi que, pour certains types d'actions, les établissements qui, n'appartenant pas au service public hospitalier, sont engagés dans une opération de coopération avec un établissement du service public hospitalier.

Le IV prévoit un financement du fonds par une contribution des régimes d'assurance maladie. En 2000, le fonds disposera de 400 millions de francs au titre des contrats d'amélioration des conditions de travail et de 400 millions de francs au titre des actions de modernisation sociale, comme le prévoit le protocole du 14 mars 2000. De plus, les disponibilités du Fonds d'accompagnement pour la modernisation des établissements de santé sont affectées au nouveau fonds.

Le VI abroge l'article 25 de la loi n° 97-1164 du 19 décembre 1997 de financement de la sécurité sociale pour 1998 relatif au Fonds d'accompagnement pour la modernisation des établissements de santé.

Article 34

I.- Le I de l'article L. 162-22-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au 1°, après les mots : « des tarifs des prestations servant de base au calcul de la participation de l'assuré », sont insérés les mots : « et des montants afférents aux forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 » ;

2° Au 2°, après les mots : « des tarifs des prestations », sont insérés les mots : « et des montants afférents aux forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 » ;

3° Après le 2°, il est inséré un 3° et un 4° ainsi rédigés :

« 3° Les tarifs des prestations d'hospitalisation nouvellement créées dans les conditions prévues au 1° de l'article L. 162-22-1 ;

« 4° Le montant total des ressources qui peuvent être allouées au plan national au financement de nouveaux forfaits annuels créés dans les conditions prévues à l'article L. 162-22-8, les critères présidant à la détermination du montant de chacun de ces forfaits et leur valeur unitaire. » ;

4° Au dernier alinéa du I, les mots : « mentionnés aux 1° et 2° ci-dessus » sont remplacés par les mots : « mentionnés aux 1° à 4° ci-dessus ».

II.- Le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale est complété par la phrase suivante : « Il détermine

également, dans les mêmes conditions, les critères qui président à la modulation des taux d'évolution des forfaits visés à l'article L. 162-22-8. »

III.- Au premier alinéa du I de l'article L. 162-22-5 du même code, après les mots : « les tarifs des prestations », sont insérés les mots : « ainsi que les forfaits annuels ».

IV.- Après l'article L. 162-22-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-8.*- Par dérogation aux dispositions de l'article L. 162-22-1, l'activité de soins d'accueil et de traitement des urgences exercée par les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique peut bénéficier d'un financement conjoint sous la forme de tarifs des prestations d'hospitalisation mentionnées à l'article L. 162-22-1 du même code et d'un forfait annuel versé par douzième dans les conditions prévues à l'article L. 174-18, à compter, lorsque celle-ci intervient en cours d'année, de la date de mise en œuvre de l'autorisation mentionnée au deuxième alinéa.

« Peuvent bénéficier de ce financement, les établissements ayant reçu une autorisation d'activité de soins d'accueil et de traitement des urgences, en application des schémas régionaux d'organisation sanitaire.

« Ce forfait global annuel est pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie sans qu'il soit fait application des dispositions du code de la sécurité sociale et du code rural relatives à l'ouverture du droit aux prestations couvertes par les régimes de base, au remboursement de la part garantie par l'assurance maladie et à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au remboursement.

« La répartition des sommes versées aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique au titre de l'alinéa précédent, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée chaque année au prorata des dépenses supportées par chacun de ces régimes pour lesdits établissements au titre de l'exercice précédent, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. »

Les présentes dispositions sont applicables à compter du 1^{er} mai 2001.

V.- Le premier alinéa de l'article L. 6114-3 du code de la santé publique est ainsi rédigé :

« Les contrats mentionnés à l'article L. 6114-1 conclus avec les établissements de santé privés autres que ceux mentionnés à l'article L. 6114-2 déterminent par discipline les tarifs des prestations d'hospitalisation et le montant du forfait annuel. Ils sont conclus dans le respect des articles L. 162-22-1 à L. 162-22-5, L. 162-22-7 et L. 162-22-8. »

Exposé des motifs

Les établissements de santé privés sont actuellement entièrement financés par l'assurance maladie par le biais de tarifs des prestations en contrepartie des soins dispensés aux assurés sociaux. Le montant des ressources ainsi allouées aux établissements est donc directement lié à l'activité des établissements. Pour l'activité d'urgence, ce mode de rémunération doit être complété par une rémunération globale destinée à financer tout ou partie des charges fixes.

Cet article, dans son IV, introduit donc un article L. 162-22-8 dans le code de la sécurité sociale qui ouvre la possibilité, pour les établissements ayant reçu une autorisation d'activité de soins, d'accueil et de traitement des urgences, en application des schémas régionaux d'organisation sanitaire d'être financés d'une part par le biais d'un tarif des prestations, d'autre part par un forfait annuel. Le I donne compétence à l'accord national pour fixer dans le respect de l'objectif quantifié national (OQN) le montant des ressources affecté au niveau national au financement des nouveaux forfaits annuels et les critères présidant à la détermination du montant de chacun de ces forfaits et leur valeur unitaire. Il donne également compétence à l'accord national pour fixer les évolutions moyennes nationale et régionales des montants afférents à ces forfaits ainsi que la fourchette de modulation par les agences régionales de l'hospitalisation (ARH). Enfin, il revient aussi à l'accord national le soin de fixer le montant des tarifs des prestations nouvellement créées. Le II prévoit que l'accord conclu au niveau régional entre l'agence régionale de l'hospitalisation et les fédérations de cliniques détermine, compte tenu des objectifs du schéma régional d'organisation sanitaire (SROS) et des orientations de la conférence régionale de santé, les critères présidant à la modulation des taux d'évolution des montants afférents aux forfaits annuels existants. Aux termes du III et du V, les montants des forfaits

annuels applicables aux établissements autorisés sont fixés dans le cadre d'un avenant tarifaire au contrat d'objectifs et de moyens dans le respect des dispositions prévues par les accords national et régionaux.

Article 35

Le montant du fonds mentionné au VIII de l'article 33 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 est fixé à 150 millions de francs pour l'année 2001.

Exposé des motifs

Le VIII de l'article 33 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 a créé un Fonds pour la modernisation des cliniques privées, pour une durée de cinq ans, à compter du 1^{er} janvier 2000.

Cet article prévoit de doter ce fonds de 150 millions de francs, au lieu de 100 millions de francs en 2000. En effet, il apparaît nécessaire d'accompagner plus activement au niveau régional, dans le respect des schémas d'organisation sanitaire, les opérations de restructuration et de modernisation menées dans ce secteur.

Article 36

I.- L'article L. 174-15 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-15.*- Les dépenses du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article L.O. 111-3 sont financées sous la forme d'une dotation globale annuelle. Il en va de même de celles de l'Institution nationale des invalides. Chaque année, chacune de ces dotations globales est arrêtée en fonction de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses d'assurance maladie défini par l'article L. 174-1-1, et versée pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par une caisse-pivot désignée par arrêté interministériel. Pour la répartition entre les régimes d'assurance maladie, les sommes versées au service de

santé des armées et à l'Institution nationale des invalides s'ajoutent à celles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 174-2.

« Les dispositions des articles L. 174-3 et L. 174-4 du présent code sont applicables au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides. »

II.- L'article L. 713-20 du même code est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° D'assurer, le cas échéant, le rôle dévolu par l'article L. 174-2 à l'égard du service de santé des armées. »

III.- A la fin du deuxième alinéa de l'article L. 174-1-1 est ajoutée la phrase suivante : « Certaines des dépenses incluses dans l'objectif national mentionnées au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. »

IV.- Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application du présent article.

Exposé des motifs

Le présent article prévoit de financer les dépenses du service de santé des armées et de l'Institution nationale des invalides prises en charge par les régimes d'assurance maladie sous la forme de dotations globales annuelles. Le montant des dépenses de l'assurance maladie pour ces deux institutions est estimé respectivement à 2,1 millions de francs et à 45 millions de francs.

Les activités de l'Institution nationale des invalides et du service de santé des armées sont à vocation nationale. La fixation de leur dotation ne relève pas de la compétence des agences régionales de l'hospitalisation. Le III prévoit donc qu'elles ne seront pas incluses dans les dotations régionales des agences.

Article 37

I.- Les interventions pouvant relever des organismes publics ou privés mentionnés à l'article 1^{er} de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales ou médico-sociales comportent notamment l'hébergement, à titre temporaire, des personnes en situation de précarité nécessitant un traitement et un suivi médical, psychologique et social, infectées par le virus de

l'immunodéficience humaine, ou atteintes par des maladies chroniques sévères.

II.- Les appartements de coordination thérapeutique assurant les missions définies au I du présent article relèvent des dispositions du premier alinéa de l'article 3 de la loi du 30 juin 1975 précitée.

III.- Les dépenses de fonctionnement des appartements de coordination thérapeutique mentionnés au II du présent article sont prises en charge par les régimes de l'assurance maladie, sans préjudice d'une participation des collectivités locales.

Les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

IV.- Les gestionnaires d'appartements de coordination thérapeutique bénéficiaires d'un agrément sur le fondement de l'article 162-31 du code de la sécurité sociale à la date de publication de la présente loi disposent, à compter de cette même date, d'un délai d'un an pour solliciter l'autorisation mentionnée aux articles 3 et 9 de la loi du 30 juin 1975 précitée. L'agrément devient caduc si cette autorisation n'a pas été sollicitée à l'expiration de ce délai.

V.- Les centres mentionnés au 9° de l'article 3 de la loi du 30 juin 1975 précitée peuvent assurer leurs missions dans les centres mentionnés à l'article 185 du code de la famille et de l'aide sociale.

Exposé des motifs

I.- Appartements de coordination thérapeutique

Un programme expérimental d'appartements de coordination thérapeutique (ACT) pour des personnes atteintes par le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et en situation de précarité sociale a été progressivement mis en place à partir de 1995.

Les ACT assurent une prise en charge médicale, psychologique et sociale en s'appuyant sur une double coordination médico-sociale qui permet l'accès aux soins, l'ouverture des droits sociaux (allocation aux adultes handicapés, revenu minimum d'insertion) et l'aide à l'insertion sociale.

Le dispositif s'établit actuellement à 431 places, dont 391 sont destinées à des malades et bénéficient d'un cofinancement de l'Etat et de l'assurance maladie ; 40 places

destinées à des accompagnants relèvent du budget de l'Etat. Par ailleurs, d'autres sources de financement interviennent en complément (allocations de logement, participation des départements, contributions des patients, subventions...).

L'évaluation de l'ensemble de ce dispositif démontre qu'il répond de façon satisfaisante à la situation des malades accueillis, pour la plupart en état de grande précarité sociale. Dès lors, et compte tenu des besoins persistants dans la population, il convient de sortir du cadre expérimental ces structures en les intégrant dans le droit commun de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, afin de donner au dispositif une assise pérenne.

En outre, il est proposé d'étendre la prise en charge assurée par les ACT aux personnes souffrant d'autres pathologies chroniques sévères (essentiellement les hépatites chroniques évolutives et certains cancers) et en situation de précarité sociale.

Le 1° du I du projet d'article intègre dans la loi du 30 juin 1975 précitée les missions générales des ACT.

Le 2° du I intègre dans la loi du 30 juin 1975 précitée les ACT en tant que catégorie de structure relevant du droit commun.

Le 3° du I met les dépenses de fonctionnement des ACT à la charge de l'assurance maladie, sans préjudice d'une participation des collectivités locales.

Cette disposition implique un transfert de crédits de l'Etat vers l'assurance maladie à hauteur de 29,41 millions de francs, au titre des 391 places pour malades.

Enfin, le II du projet d'article prévoit une disposition transitoire pour l'ensemble du dispositif expérimental actuel, au regard du droit de l'autorisation défini dans la loi du 30 juin 1975 précitée.

Cette mesure est très attendue par les associations gestionnaires des ACT regroupées dans la Fédération nationale d'hébergements VIH.

II.- Consultations en alcoologie dans les centres d'hébergement et de réinsertion sociale

Les centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS) sont mentionnés à l'article 185 du code de la famille et de l'aide sociale. Leurs conditions de financement et de fonctionnement sont prévus par le décret n° 76-526 du

15 juin 1976. Ils sont financés par des crédits d'Etat (chapitre 46-81-30 ; conventions centres-Etat avec possibilité de déconventionnement par le préfet). Depuis la loi n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions, des crédits à hauteur de 25 millions de francs (sur le chapitre 47-15-40) leur ont été accordés afin de financer des consultations avancées d'alcoologie dans leurs centres.

Les crédits déconcentrés au niveau du département sont versés soit directement aux centres, soit à des structures spécialisées en alcoologie (CCAA) qui peuvent assurer des interventions dans les CHRS.

Ces sommes sont employées pour rémunérer des vacations de médecins ou d'autres intervenants spécialisés en alcoologie. Leurs prestations varient en fonction des besoins des consultants. Elles consistent notamment à apporter un soutien psychologique, prescrire des médicaments nécessaires au sevrage ou au traitement des pathologies liées à l'alcoolisme, orienter vers des structures de soin ou dispenser des soins de première urgence.

Le projet d'article présenté vise à intégrer la possibilité d'une intervention des CCAA dans les CHRS en modifiant le 9° de l'article 3 de la loi du 30 juin 1975 précitée qui vise les CCAA.

Cette disposition implique un transfert de crédits de l'Etat vers l'assurance maladie à hauteur de 25 millions de francs.

En conclusion, le montant total du transfert de crédits de l'Etat vers l'assurance maladie au titre des appartements de coordination thérapeutique et de l'intervention des CCAA dans les CHRS s'élève donc à 54,4 millions de francs.

Article 38

Après le deuxième alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique, sont insérées les dispositions suivantes :

« Lorsqu'un médicament est radié de la liste mentionnée à l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, la décision de radiation peut prévoir que le médicament peut faire, avant l'entrée en vigueur de cette décision et dans des conditions fixées par décret, l'objet de publicité auprès du public. Ces dispositions s'appliquent sous réserve :

« a) Que le médicament ne soit pas soumis à prescription médicale et que son autorisation de mise sur le marché ou son enregistrement ne comporte pas de restriction en matière de

publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique ;

« b) Que le médicament soit mentionné dans une convention prévue à l'article L. 162-17-4 du même code comportant des engagements sur le chiffre d'affaires. »

Exposé des motifs

Le premier alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique fixe, conformément à la directive 92/28/CEE du Conseil du 31 mars 1992 concernant la publicité faite à l'égard des médicaments à usage humain, les trois conditions cumulatives auxquelles la possibilité de faire de la publicité auprès du public pour un médicament est admise.

Le médicament ne doit pas être soumis à prescription médicale, ne doit pas être remboursable par les régimes obligatoires d'assurance maladie et son autorisation de mise sur le marché ne doit pas comporter de restriction en matière de publicité en raison d'un risque possible pour la santé publique.

Les médicaments radiés de la liste des médicaments remboursables peuvent donc faire l'objet de publicité auprès du public sous réserve qu'ils remplissent les deux autres conditions.

Le présent article a pour objet de compléter ces dispositions afin d'admettre l'anticipation du démarrage de la publicité auprès du public pour les médicaments remboursables faisant l'objet d'une décision de radiation de la liste des médicaments remboursables.

L'objectif poursuivi est de permettre aux laboratoires concernés de mettre en place les nouvelles conditions de commercialisation de ces médicaments. C'est la décision de radiation qui autorisera l'anticipation en différant pendant une certaine période, qui pourrait être de six mois au moins, la date d'entrée en vigueur de cette décision. Dans ce cas, la publicité auprès du public pourra commencer avant l'entrée en vigueur de la radiation.

En revanche, afin d'éviter une croissance excessive du volume des ventes du médicament pendant la période au cours de laquelle il pourra faire l'objet d'une publicité auprès du public tout en étant encore remboursable, ce médicament devra être mentionné dans une convention passée entre le laboratoire et l'Etat en application de l'article L. 162-17-4 du code de la sécurité sociale ; cette convention devra comporter des

engagements sur le chiffre d'affaires pendant la période considérée.

Bien entendu, les médicaments en cause devront remplir les autres critères de santé publique auxquels la possibilité de faire de la publicité auprès du public est subordonnée : ils ne devront pas être soumis à prescription obligatoire et leur autorisation de mise sur le marché ne devra pas comporter de restriction en matière de publicité en raison d'un risque possible pour la santé publique.

Article 39

I.- Au début de la quatrième partie du code de la santé publique, avant le livre I^{er}, est inséré un livre préliminaire intitulé : « Information des professionnels de santé » ainsi rédigé :

*« Livre préliminaire
« Information des professionnels de santé*

*« CHAPITRE I^{er}
« Fonds de promotion de l'information médicale
« et médico-économique*

« Art. L. 4001-1.- Il est créé un Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique à destination des professionnels de santé. Ce fonds est géré par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé prévue à l'article L. 5311-1.

« Le fonds finance ou participe au financement d'actions d'information et de communication en matière de stratégie thérapeutique, notamment de prescription médicamenteuse, arrêtées dans des conditions fixées par décret.

« Les conditions de fonctionnement et de gestion du fonds sont fixées par décret.

« Art. L. 4001-2.- Les ressources du fonds mentionné à l'article L. 4001-1 sont constituées par une fraction de la contribution prévue aux articles L. 245-1 à L. 245-6 du code de la sécurité sociale, déterminée par arrêté dans la limite d'un plafond de 10 % . »

II.- Les dispositions prévues à l'article L. 4001-2 sont applicables à la contribution perçue à compter du 1^{er} décembre 2000.

Exposé des motifs

Les entreprises pharmaceutiques dépensent chaque année 12 milliards de francs au titre de la promotion des médicaments auprès des prescripteurs. Cette action massive de promotion qui s'appuie notamment sur un réseau de 15 000 visiteurs médicaux n'est pas sans lien avec le niveau élevé des dépenses de médicaments dans notre pays.

Une réforme importante du contrôle de la promotion des laboratoires a été menée depuis trois ans. Elle s'est appuyée notamment sur une réforme de la taxe sur la promotion pharmaceutique, l'introduction de sanctions financières conventionnelles en cas d'infraction constatée par rapport à la réglementation sur la publicité et un encadrement des dépenses promotionnelles dans le cadre des conventions signées par le Comité économique des produits de santé.

Mais cette action de maîtrise de la promotion des laboratoires ne peut être efficace que si elle est accompagnée d'un effort substantiel d'information auprès des prescripteurs non liés aux laboratoires pharmaceutiques. Dans ce but, un groupe confraternel d'information des prescripteurs sera notamment mis en place afin d'élaborer et de diffuser auprès des prescripteurs une information objective et facilement utilisable sur les prescriptions de médicaments, leurs coûts et leur insertion dans les stratégies thérapeutiques. Ce groupe, qui sera constitué d'experts mais aussi de médecins proches du terrain, s'appuiera notamment sur les travaux scientifiques des agences sanitaires.

Pour financer ces actions d'information et notamment celles du groupe confraternel, il est nécessaire de dégager des moyens financiers suffisants pour assurer une mise en forme et une diffusion de l'information adaptée aux enjeux. C'est l'objet du présent article qui crée dans ce but un Fonds de promotion de l'information médicale et médico-économique à destination des professionnels de santé. Ce fonds sera alimenté par une fraction du produit de la taxe sur la promotion pharmaceutique affecté jusqu'à présent en totalité à l'assurance maladie. La fraction affectée sera fixée dans la limite de 10 %, c'est-à-dire de 130 millions de francs sur la base des dernières données de recouvrement de cette taxe.

Article 40

I.- L'article L. 138-1 du code de la sécurité sociale est complété par un membre de phrase ainsi rédigé : « , à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins ».

II.- Au premier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : « inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 162-17 » et les mots : « au titre des médicaments inscrits sur ladite liste », sont ajoutés les mots : « à l'exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins ».

III.- A la deuxième phrase du premier alinéa de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale, après les mots : « santé publique » sont insérés les mots : « et au titre des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999. »

IV.- Au premier alinéa de l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « spécialités génériques définies à l'article L. 5121-1 du code de la santé publique », sont insérés les mots : « et des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins ».

V.- L'article L. 5121-17 du code de la santé publique est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« La taxe n'est pas exigible pour les médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil du 16 décembre 1999 concernant les médicaments orphelins. »

VI.- Les dispositions du I et du IV s'appliquent au chiffre d'affaires réalisé à compter du 1^{er} janvier 2001. Les dispositions du II s'appliquent à compter de la contribution due au titre de l'année 2001. Les dispositions du III s'appliquent à compter de la

contribution due le 1^{er} décembre 2001. Les dispositions du IV s'appliquent à compter de la taxe perçue au titre de l'année 2001.

Exposé des motifs

L'industrie pharmaceutique n'a que peu d'intérêt à développer des médicaments destinés à traiter des maladies rares dans la mesure où les marchés potentiels de ces produits sont faibles. Pourtant, le traitement de ces maladies est un impératif de santé publique. On estime à 3 millions de personnes en France le nombre de patients répertoriés dans 6 000 maladies orphelines répertoriées, avec des effectifs allant de 200 à 30 000 patients.

A l'initiative de la France, un règlement européen sur les médicaments orphelins a été adopté le 16 décembre 1999 par le Parlement européen. Ce texte prévoit une procédure de désignation des médicaments orphelins fondée sur des critères précis (faible nombre de patients, traitement de maladies très graves et invalidantes pour lesquelles, en l'absence de mesure incitative, aucun médicament ne serait développé ou aucun autre médicament autorisé dans la Communauté pour traiter une affection grave) et des mesures incitatives pour encourager les entreprises à entreprendre le développement de ce type de spécialités (exclusivité commerciale, dispense au moins partielle du paiement de la redevance due à l'Agence européenne du médicament qui sera chargée de la désignation de ces médicaments).

En dehors de ces incitations précises, le texte prévoit que chaque Etat membre devra prendre des mesures incitatives.

Dans ce cadre, il apparaît donc opportun de mettre en place les modifications législatives proposées visant à exonérer les promoteurs de médicaments orphelins du paiement des taxes et contributions dues par les entreprises exploitant des spécialités pharmaceutiques au titre de la législation sanitaire et sociale. Cette mesure accompagnera la politique conventionnelle du Comité économique des produits de santé dans ce domaine et devra être complétée par des mesures fiscales et des mesures d'aide à la recherche.

Cinquante dossiers de médicaments ont déjà été déposés au niveau européen. La mise en place des incitations inscrites dans ce projet d'article favorisera l'introduction de ces produits dès l'année 2001. Le chiffre d'affaires associé et les coûts de distribution pourraient atteindre rapidement 100 à 200 millions de francs pris en charge par la sécurité sociale. Les dépenses supplémentaires d'assurance maladie et les pertes de recettes

liées aux exonérations de taxation seraient alors supérieures à 100 millions de francs.

Article 41

I.- Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2001 en application du premier alinéa de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 3 % est substitué au taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie.

II.- Le deuxième alinéa du même article et le tableau qui le suit sont remplacés par les dispositions suivantes :

« Le montant total de la contribution est égal à 70 % de l'écart entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile précédente majoré du taux de progression de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie. »

III.- Les dispositions du présent article sont applicables à la contribution perçue à compter de l'année 2001.

Exposé des motifs

La loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 a institué une contribution à la charge des entreprises exploitant des médicaments remboursables, dont sont exonérées celles qui ont passé convention avec le Comité économique des produits de santé.

Cette contribution, dite « clause de sauvegarde », présente comme caractéristiques l'existence d'effets de seuil qui sont dénoncés par l'industrie pharmaceutique et d'un taux de récupération du dépassement de chiffre d'affaires par rapport à l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) fluctuant fortement à chaque franchissement de seuil. A titre d'exemples, lorsque le taux de progression du chiffre d'affaires du secteur est de 2,99 % (soit un dépassement de 0,99 % pour un seuil de déclenchement de 2 %), le pourcentage de récupération du dépassement est de 16 % de ce dépassement. Si le taux de progression du chiffre d'affaires est de 3,01 %, le pourcentage de récupération passe à 66 %.

Afin de corriger ces inconvénients, l'article proposé remplace le mécanisme actuel par un système de récupération linéaire qui aurait pour effet de lisser les effets de seuil et de

recupérer une part constante du dépassement, plus importante que celle résultant du système actuel (70 % contre un taux maximum de 65 % actuellement).

Cet article précise que le dispositif commencera à s'appliquer pour la contribution due au titre de l'exercice 2001.

Section 4

Branche accidents du travail

Article 42

I.- Peuvent obtenir la réparation intégrale de leur dommage corporel :

1° Les personnes qui ont obtenu la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité ;

2° Les personnes qui ont subi un préjudice résultant directement d'une exposition à l'amiante sur le territoire de la République française.

II.- Il est créé, sous le nom de : « Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante », un établissement public national à caractère administratif, doté de la personnalité juridique et de l'autonomie financière, placé sous la tutelle des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget.

Cet établissement a pour mission de réparer les préjudices définis au I du présent article.

III.- Le demandeur justifie de son exposition à l'amiante et de l'atteinte à son état de santé.

Le fonds examine si les conditions de l'indemnisation sont réunies : il recherche les circonstances de l'exposition de l'amiante et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toute investigation et expertise utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel.

Le fonds peut requérir de tout service de l'État, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du

préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.

Les renseignements ainsi recueillis ne peuvent être utilisés à d'autres fins que l'instruction de la demande faite au fonds d'indemnisation et leur divulgation est interdite. Les personnes qui ont à connaître des documents et informations fournis au fonds sont tenues au secret professionnel.

IV.- Dans les neuf mois à compter de la réception d'une demande d'indemnisation, le fonds présente au demandeur une offre d'indemnisation. Il indique l'évaluation retenue pour chaque chef de préjudice, ainsi que le montant des indemnités qui lui reviennent compte tenu des prestations énumérées à l'article 29 de la loi n° 85-677 du 5 juillet 1985 tendant à l'amélioration de la situation des victimes d'accidents de la circulation et à l'accélération des procédures d'indemnisation, et des indemnités de toute nature reçues ou à recevoir d'autres débiteurs du chef du même préjudice. Le fonds présente une offre d'indemnisation nonobstant l'absence de consolidation.

Une offre est présentée dans les mêmes conditions en cas d'aggravation de l'état de santé de la victime.

L'acceptation de l'offre ou la décision juridictionnelle définitive rendue dans l'action en justice prévue au V vaut désistement des actions juridictionnelles en indemnisation en cours et rend irrecevable toute autre action juridictionnelle future en réparation du même préjudice. Il en va de même des décisions juridictionnelles devenues définitives et rendues dans des instances relatives à l'indemnisation des conséquences de l'exposition à l'amiante.

V.- Le demandeur ne dispose du droit d'action en justice contre le fonds d'indemnisation que si sa demande d'indemnisation a été rejetée, si aucune offre ne lui a été présentée dans le délai mentionné au premier alinéa du IV ou s'il n'a pas accepté l'offre qui lui a été faite.

VI.- Le fonds est subrogé, à due concurrence des sommes versées, dans les droits que possède le demandeur contre la personne responsable du dommage ainsi que contre les personnes ou organismes tenus à un titre quelconque d'en assurer la réparation totale ou partielle dans la limite du montant des prestations à la charge desdites personnes.

Le fonds peut intervenir devant les juridictions civiles, y compris celles du contentieux de la sécurité sociale, et devant les juridictions de jugement en matière répressive, même pour la première fois en cause d'appel, en cas de constitution de partie civile du demandeur contre le ou les responsables des préjudices ; il intervient alors à titre principal et peut user de toutes les voies de recours ouvertes par la loi.

Si le fait générateur du dommage a donné lieu à des poursuites pénales, le juge civil n'est pas tenu de surseoir à statuer jusqu'à décision définitive de la juridiction répressive.

VII.- Le fonds est financé par une contribution de l'Etat et par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget.

VIII.- Le 1° du premier alinéa de l'article 706-3 du code de procédure pénale est complété par les dispositions suivantes : « et ne relèvent pas d'un préjudice causé par l'exposition à l'amiante ».

Les dispositions de l'alinéa précédent ne remettent pas en cause la compétence juridictionnelle pour connaître, en appel ou en cassation, des décisions rendues avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi par les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale.

IX.- Les demandes d'indemnisation des préjudices causés par l'exposition à l'amiante en cours d'instruction devant les commissions instituées par l'article 706-4 du code de procédure pénale à la date d'entrée en vigueur de la présente loi, sont transmises au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. Les provisions allouées en application du dernier alinéa de l'article 706-6 du code de procédure pénale sont remboursées par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante au fonds de garantie des victimes des actes de terrorisme et d'autres infractions.

X.- Sauf disposition contraire, les modalités d'application du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

Exposé des motifs

Dans la continuité des actions engagées par l'Etat pour assurer la protection des salariés et de la population contre les

dommages occasionnés par l'amiante et leur indemnisation la plus complète, la loi institue un établissement public chargé d'administrer un fonds afin que les victimes et leurs familles puissent obtenir une réparation intégrale en évitant des procédures longues et difficiles.

L'indemnisation forfaitaire des victimes de l'amiante au titre des maladies professionnelles est inférieure à celle qui peut être accordée par d'autres voies, notamment lorsque le dommage est imputable à une faute, par les juridictions répressives et par les commissions d'indemnisation des victimes d'infractions ou, en cas de faute inexcusable de l'employeur, par les tribunaux des affaires de sécurité sociale.

En outre, certaines victimes de l'amiante ne disposent pas d'une couverture sociale contre le risque de maladie professionnelle : il en va ainsi des artisans à moins qu'ils n'aient souscrit à l'assurance volontaire auprès de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale et des victimes de l'amiante dans l'environnement non professionnel.

La création du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante répond au double objectif d'assurer l'indemnisation intégrale et de simplifier les procédures. Il aura aussi pour rôle de veiller à ce que les différents débiteurs de prestations au titre du préjudice causé par l'amiante -caisses de sécurité sociale, assureurs, mutuelles ou autres débiteurs de la victime- versent leur dû ; le fonds interviendra pour le complément de la réparation intégrale.

Le financement est assuré par les entreprises, au titre du risque principal qu'est le risque professionnel, et par l'État au titre de ses responsabilités d'employeur.

L'indemnisation par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante se substitue à l'indemnisation par le Fonds de garantie des victimes d'actes de terrorisme et autres infractions ; celui-ci était susceptible d'accorder le même niveau d'indemnisation lorsque le dommage était dû à une faute, mais son mode de financement par une contribution additionnelle aux primes d'assurance n'est pas approprié à la prise en charge de l'indemnisation des victimes de l'amiante.

Section 5

Article 43

Pour 2001, les objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :

(En milliards de francs)

Maladie-maternité-invalidité-décès.....	769,2
Vieillesse-veuvage.....	828,9
Accidents du travail.....	56,2
Famille.....	277,1
Total des dépenses.....	1 931,4

Section 6

Article 44

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 693,3 milliards de francs pour l'année 2001.

Exposé des motifs

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

Section 7

Article 45

I.- Le chapitre V du titre I^{er} du livre I^{er} du code de la sécurité sociale devient le chapitre VI.

II.- Il est inséré, dans le titre I^{er} du livre I^{er} du même code, un chapitre V ainsi rédigé :

« *CHAPITRE V*
« *Organisation comptable*

« *Art. L. 115-1-1- Un décret fixe les règles comptables applicables à l'ensemble des régimes et organismes visés au 2° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale. »*

III.- Les articles L. 251-1, L. 251-6 et L. 251-8 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

IV.- Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} janvier 2001.

Exposé des motifs

Le présent article précise que les organismes de sécurité sociale visés au 2° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, c'est-à-dire les régimes compris dans le champ de la loi de financement de la sécurité sociale, sont désormais tenus d'appliquer un plan comptable unique. Ce plan a été établi par la Mission interministérielle de réforme de la comptabilité des organismes de sécurité sociale.

Article 46

Au I de l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale, les mots : « 6 millions » sont remplacés par les mots : « 1 million ».

Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1^{er} avril 2001.

Exposé des motifs

Afin de poursuivre la politique de modernisation des moyens de paiement par les cotisants, le seuil donnant lieu à obligation de paiement par virement, ou autre moyen de paiement dématérialisé avec l'accord de l'organisme chargé du recouvrement, est abaissé à 1 million de francs.

Article 47

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 :

(En milliards de francs)

Régime général.....	29,0
Régimes des exploitants agricoles.....	12,5
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales....	2,5
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines..	2,3
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	0,5

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.

Exposé des motifs

Le présent article fixe le montant des plafonds d'emprunt pour 2001, qui sont identiques à ceux fixés par la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000.

Fait à Paris, le 4 octobre 2000.

Signé : LIONEL JOSPIN

Par le Premier ministre :

La ministre de l'emploi et de la solidarité,

Signé : MARTINE AUBRY

ANNEXE

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

RAPPORT SUR LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE ET LES OBJECTIFS QUI DETERMINENT LES CONDITIONS GENERALES DE L'EQUILIBRE FINANCIER

D'un déficit de 54 milliards de francs en 1996, le régime général de la sécurité sociale est passé à l'équilibre en 1999. Il dégagera des excédents en 2001 comme en 2000. Le chemin parcouru est important puisque sur la période 1993 - 1997, le déficit s'est élevé à 265 milliards de francs soit un déficit moyen par an de 53 milliards de francs. Ces résultats sont dus à la croissance et à la diminution du chômage mais aussi pour une large part aux mesures structurelles et à la réforme du financement.

Tout en redressant les comptes, le Gouvernement a amélioré la situation des Français création de la couverture maladie universelle, amélioration des prestations familiales et des procédures de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, augmentation du pouvoir d'achat des retraites. L'année 2001 permettra de franchir une étape supplémentaire.

A. La politique de santé

a) Rendre égal l'accès aux soins

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle permet, depuis le 1^{er} janvier 2000, à l'ensemble des résidents en France d'accéder à une couverture maladie de base et ouvre le droit à une couverture complémentaire gratuite pour les plus modestes de nos citoyens. Le Gouvernement a publié l'ensemble des textes nécessaires à l'application du dispositif avant la fin de l'année dernière et veille avec attention à sa montée en charge.

Les effets de la loi d'orientation n° 98-657 du 29 juillet 1998 relative à la lutte contre les exclusions se font sentir dans le domaine de la santé. Dans le cadre des programmes régionaux pour l'accès à la prévention et aux soins (PRAPS), quelque 273 hôpitaux ont mis en place des permanences d'accès aux soins de santé (PASS) destinés à faciliter l'accès des personnes démunies au système hospitalier et aux réseaux institutionnels ou associatifs de soins d'accueil et d'accompagnement social. Le Gouvernement renforce les moyens de ces permanences en veillant particulièrement à leurs fonctions d'accompagnement des personnes en difficulté dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits sociaux.

b) Renforcer la sécurité

La mise en place au 1^{er} janvier 2000 de l'Etablissement français du sang est venue renforcer le dispositif de prévention sanitaire, qui sera prochainement complété par la création de l'agence de sécurité sanitaire environnementale, chargée d'expertiser et d'évaluer l'impact potentiel sur la santé des perturbations de l'environnement. La France dispose ainsi aujourd'hui d'un dispositif basé sur les principes de pluridisciplinarité et de qualité scientifique de l'expertise, d'indépendance des experts vis-à-vis des administrations et des pouvoirs économiques, de séparation entre évaluation scientifique et gestion des risques, de transparence des décisions et, enfin, sur le principe de précaution.

La lutte contre les infections nosocomiales et les accidents iatrogènes contribue à accroître la sécurité des soins, dont l'organisation est encadrée progressivement par des normes techniques de fonctionnement relatives notamment à la sécurité anesthésique ou à l'accueil et au traitement des

urgences. Des mesures seront prises pour améliorer la qualité des procédures de désinfection et développer l'utilisation de dispositifs médicaux à usage unique.

c) Développer la transparence et les droits des malades

Nos concitoyens souhaitent participer davantage à un système de soins plus transparent. Le développement de l'accréditation contribue à cet effort. L'ANAES a rendu publics en juin 2000 les premiers compte rendus d'accréditation. En juillet, quelque 186 établissements de santé étaient engagés dans la procédure d'accréditation ; 650 professionnels de santé seront formés d'ici le début de l'année 2001, permettant à l'ANAES d'assumer pleinement sa mission d'accréditation. Par ailleurs, les données issues du PMSI sont aujourd'hui accessibles dans des conditions respectueuses de la vie privée, conformément au cadre défini par la loi.

Au-delà, les Etats généraux de la santé ont montré la forte attente de la population, qui souhaite bénéficier d'un système de santé organisé autour du patient. Soucieux de répondre à cette demande, le Gouvernement a engagé, tout au long de l'année 2000, une importante concertation avec les acteurs du système de santé et les représentants des usagers et des personnes malades et proposera très prochainement un projet de loi de modernisation du système de santé qui s'articule autour de cinq axes : renforcer les droits fondamentaux de la personne et associer les citoyens à la gestion du système de santé, améliorer les mécanismes de pilotage du système de santé, améliorer la qualité du système de santé, renforcer la politique de prévention et instaurer une politique nationale d'éducation pour la santé, instaurer un dispositif de prise en charge des risques thérapeutiques.

d) Amplifier la politique de prévention

Le programme national de lutte contre l'hépatite C, mis en place en 1999, a été poursuivi. L'accès au dépistage a été renforcé. Une campagne nationale d'information à destination des professionnels a rappelé les modalités du dépistage et de la prise en charge de l'infection au virus de l'hépatite C. En 2001, le Gouvernement poursuivra son soutien aux actions réalisées par les associations de personnes malades et renforcera les actions de prévention des risques de transmission viral, en particulier en direction des usagers de drogue, des personnes détenues et auprès des professionnels réalisant des tatouages et des piercing. Une campagne d'information renforcera l'information sur les risques des pratiques de tatouage et de piercing, en particulier auprès des jeunes.

La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles sera renforcée. Les dépistages réalisés dans les centres anonymes et gratuits sont maintenant entièrement pris en charge par l'assurance maladie. Le Gouvernement a lancé **une campagne nationale d'information sur les risques liés au VIH** pour rappeler la nécessité de poursuivre des comportements de prévention. En 2001, le Gouvernement renforcera les actions de prévention à destination des publics les plus vulnérables. Pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes du VIH/SIDA en situation de précarité, le Gouvernement propose au Parlement de transférer le dispositif expérimental d'appartement de coordination thérapeutique dédiée aux personnes atteintes de VIH/SIDA dans le cadre commun de la loi de 1975 relative aux institutions médico-sociales. Pour mieux prendre en compte l'évolution de l'épidémie, ce dispositif s'adressera désormais également aux personnes atteintes d'autres pathologies chroniques sévères, notamment les hépatites chroniques et les cancers.

Le Gouvernement poursuit le plan de lutte contre le tabagisme mis en place en 1999 selon trois axes : renforcement de l'information de la population, aide au sevrage tabagique et protection des non fumeurs par une meilleure application de la loi relative à la lutte contre le tabagisme. A la suite du rapport de M. Alfred Recours, le Gouvernement s'est engagé- dans une augmentation continue des prix du tabac de 5 % par an sur quatre ans et a débuté une large concertation sur l'intérêt en termes de santé publique de l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de seize ans et sur l'efficacité de mesures de prise en charge des substituts nicotiques.

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendance reflète la volonté du Gouvernement de mener une politique ferme et cohérente de lutte contre la toxicomanie et de développer en particulier chez les jeunes, en matière d'alcoolisme, de tabagisme et d'usage détourné de

médicaments, une véritable politique de prévention des dépendances. Une campagne nationale d'information sur les risques des substances psychoactives a été lancée en 2000. Un diplôme d'études spécialisées complémentaires a été mis en place sanctionnant depuis cette année une spécialisation médicale de haut niveau.

En 2001, le Gouvernement renforcera les actions de prévention mises en place en particulier au niveau des jeunes, en milieu scolaire et extrascolaire. Il poursuivra le renforcement d'une part des centres de cures ambulatoires en alcoologie et d'autre part l'implication des établissements de santé dans la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et les conséquences de l'usage des drogues. Le Gouvernement propose au Parlement une prise en charge par l'assurance maladie des organismes locaux chargés de la prévention de l'alcoolisme.

A la suite des actions réalisées dans le cadre du programme de prévention du suicide 19982000, le Gouvernement met en place un nouveau programme permettant de renforcer les actions de prévention et le soutien aux associations accompagnant les suicidants et leurs familles, d'améliorer la prise en charge et de favoriser les recherches sur les causes favorisantes.

La loi du 23 mars 1999 relative à la protection de la santé des sportifs et à la lutte contre le dopage a permis de mettre en place un dispositif national de prévention du dopage et de prise en charge des sportifs concernés. Le Gouvernement poursuit cette politique en mettant en place des actions d'information auprès des jeunes, en installant au niveau des régions des antennes spécialisées dans la prise en charge des personnes en difficulté avec des substances dopantes et en favorisant la recherche et l'amélioration des bases scientifiques des contrôles.

La sécurité routière est une priorité gouvernementale. En 2001, un dépistage systématique des stupéfiants et des analyses chez les conducteurs impliqués dans les accidents mortels de la circulation sera mis en place (loi du 18 juin 1999).

Le Gouvernement a inscrit la nutrition parmi les thèmes prioritaires de santé publique au niveau de l'Union européenne. Une résolution permettant la mise en place d'une politique de santé nutritionnelle au niveau communautaire sera adoptée en décembre 2000 sous Présidence française. Par ailleurs, le Gouvernement met en place un programme national de nutrition.

e) Améliorer la prise en charge

Le Gouvernement a lancé un programme national de lutte contre les cancers pour assurer à l'ensemble de la population des soins de qualité, un accès adapté aux techniques et traitements innovants, un meilleur accompagnement psychologique et social. Pour généraliser le dépistage organisé des cancers féminins et du cancer colorectal, le Gouvernement poursuit les actions de formation et de mobilisation des professionnels et met en place des actions d'informations pour les personnes concernées.

Une ambitieuse politique de santé publique du prélèvement et de la greffe a été engagée autour de quatre axes : favoriser l'accès au greffon, réduire les inégalités régionales d'accès à la greffe, renforcer la solidarité et soutenir la générosité de nos concitoyens.

Le Gouvernement a lancé une campagne d'envergure sur la contraception mobilisant l'ensemble des acteurs pour réaffirmer un droit fondamental des femmes, les informer sur les différents modes de contraception et favoriser un accès égal à la contraception. Il propose un projet de loi visant à faire progresser le droit des femmes et à assurer un recours effectif à la contraception et à l'IVG. En matière de contraception, il s'agit de créer un droit d'accès des mineurs à la contraception et d'harmoniser la législation sur les contraceptifs hormonaux avec celle sur les médicaments. En matière d'IVG le délai légal pour recourir à l'IVG passera de dix à douze semaines et l'obligation de l'autorité parentale des mineurs souhaitant accéder à l'IVG sera aménagée.

Le Gouvernement a renforcé le plan triennal de lutte contre la douleur, notamment en ce qui concerne la prescription et la disponibilité des antalgiques majeurs et l'amélioration de la prise en charge dans les établissements de santé. A la suite de la loi sur le développement des soins palliatifs, le Gouvernement

veille à l'implication des établissements de santé pour la création d'unités fixes, d'équipes mobiles et de réseaux de soins palliatifs en favorisant en particulier le maintien à domicile.

Le Gouvernement amplifie les actions permettant de développer l'éducation thérapeutique des patients atteints de maladies chroniques comme le diabète ou l'asthme, les actions permettant d'améliorer l'efficacité de la prise en charge, mais aussi de promouvoir une plus grande autonomie de la personne malade et de lui permettre d'être partie prenante dans la prise en charge de sa maladie.

Pour mieux prendre en charge les enfants dysphasiques et dyslexiques, un plan d'actions vient d'être lancé. Il vise à une meilleure prévention des **troubles du langage, un meilleur repérage** des troubles spécifiques, l'établissement d'un diagnostic plus rapide et plus sûr **et une** meilleure prise en charge des 4 à 5% d'enfants concernés.

La santé des personnes détenues est une priorité. Dans ce cadre, le Gouvernement renforce des actions de prévention des pratiques addictives, améliore l'accès aux dépistages des infections virales, en particulier VIH et VHC et la prise en charge des problèmes psychiatriques chez les personnes détenues. Afin de permettre une meilleure prise en charge des personnes détenues nécessitant une hospitalisation, des locaux spécifiques (unités hospitalières sécurisées interrégionales) seront installés dans huit centres hospitalo-universitaires.

f) Poursuivre les réformes structurelles en matière d'organisation

- les soins de ville

La réforme des soins dentaires et de leur prise en charge par l'assurance maladie est un objectif prioritaire. M. Michel Yahiel s'est vu confier la mission de proposer les voies d'amélioration, à partir des travaux menés par les professionnels et les caisses.

Une action volontaire est conduite pour améliorer les pratiques professionnelles en ville. Les dispositifs d'évaluation et d'entretien des connaissances des médecins sont opérants. Ainsi, le décret sur l'évaluation des pratiques médicales publié, l'ANAES travaille actuellement avec les syndicats de médecins aux modalités de sa mise en oeuvre. Le fonctionnement de l'organisme de gestion conventionnel de la formation médicale continue des médecins a été fixé par décret.

La modernisation de la nomenclature des actes médicaux est un levier essentiel de transformation des pratiques. Une mission sur la mise en oeuvre de la réforme de la nomenclature a été confiée au professeur Escat, président de la commission permanente de la nomenclature générale des actes médicaux, à partir duquel des orientations seront arrêtées.

Concernant les professionnels paramédicaux, les orientations arrêtées suite au rapport d'AnneMarie Brocas ont trouvé leur application en 2000. Ainsi, l'arrêté de 1962 fixant les règles de la prescription des soins a été aménagé pour permettre une plus grande responsabilisation de ces professionnels. Les décrets de compétence de ces derniers seront également adaptés - celui des masseurs-kinésithérapeutes a déjà été modifié en conséquence. Sur la base du rapport rédigé par Philippe Nauche, des dispositions créant un office des professions paramédicales seront insérées dans le projet de loi de modernisation du système de santé.

Le comité de gestion national du fonds d'aide à la qualité des soins de ville a été installé. Il a défini les modalités d'instruction des dossiers, notamment pour la part régionale du fonds (80% des crédits). Le Gouvernement propose au Parlement de réformer le mécanisme d'affectation budgétaire au fonds de manière à le rendre plus simple et plus lisible.

Les réseaux de soins vont faire l'objet d'une refonte dans le sens de la simplification et de la régionalisation dans le cadre du projet de loi de modernisation du système de santé. Il est proposé d'assurer la sécurité juridique des réseaux et filières expérimentaux de soins, en prorogant ce dispositif d'un an.

L'informatisation du système de santé a fortement progressé en 2000. Quelque 50 % des professionnels de santé disposent de leur carte de professionnel de santé. Au 16 août 2000, 45 000 professionnels de santé, dont plus de 36 000 médecins, transmettaient par voie télématique des feuilles de soins aux caisses d'assurance maladie. Plus de 80 millions de feuilles de soins électroniques seront transmises aux caisses en 2000. La prévision pour 2001 devrait dépasser les 300 millions de feuilles.

Le dispositif de régulation des dépenses de ville et d'approbation des conventions et avenants conclus entre les caisses et les professionnels de santé a connu en 2000 sa première année d'application. Les caisses d'assurance maladie ont procédé dans le premier rapport d'équilibre à la répartition entre les différentes professions de l'objectif de dépenses déléguées. En juillet 2000, pour le deuxième rapport d'équilibre, les caisses ont fait le bilan de la progression des dépenses et arrêté des mesures correctives.

Les outils prévus par la loi pour améliorer les pratiques sont désormais à la disposition des caisses et des professionnels de santé. La CNAMTS travaille avec les URCAM à la mise en œuvre des premiers accords de bon usages des soins et contrats de bonne pratique.

- l'hôpital

Une nouvelle étape s'engage pour l'hôpital, qui s'articule autour de trois priorités : adapter l'offre de soins aux besoins de la population, promouvoir la qualité et la sécurité des soins et poursuivre la réduction des inégalités dans l'accès aux soins.

Les objectifs de la politique hospitalière conduite depuis trois ans sont traduits dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire adoptés à la fin de l'année 1999. Les protocoles signés entre le gouvernement et les représentants des organisations syndicales représentatives des médecins hospitaliers et des personnels de la fonction publique hospitalière ont par ailleurs donné une forte impulsion à la modernisation sociale de l'hôpital. Les contrats d'amélioration des conditions de travail, la création d'un volet social au sein du projet d'établissement ainsi que les mesures sans précédent prises pour favoriser la promotion sociale et professionnelle des agents dans les établissements publics de santé contribueront au progrès du système de santé dans son ensemble. Le Gouvernement propose au Parlement de créer un fonds de modernisation des établissements de santé aux missions plus larges que le fonds d'accompagnement social.

Les moyens dévolus aux services hospitaliers des urgences ont été renforcés. La réorganisation complète de ces services hospitaliers sera achevée cette année. Afin de répondre à la fréquentation croissante des services hospitaliers pour des soins non urgents, les établissements de santé devront renforcer leur coopération avec les médecins de ville. La réorganisation des services de néonatalogie sera également achevée au cours de l'année 2001. Les schémas régionaux de psychiatrie sont actualisés. Une réflexion sur les structures, les missions et sur l'évolution des métiers dans le domaine de la psychiatrie est engagée.

Les établissements de santé participeront activement à la mise en œuvre des objectifs de santé publique définie par le gouvernement: la priorité sera notamment donnée au plan cancer, à la poursuite du programme de développement de soins palliatifs et à l'augmentation du nombre de places d'hospitalisation à domicile. Le parc d'appareils d'imagerie par résonance magnétique et de radiothérapie sera substantiellement accru dans les mois qui viennent.

La réflexion pour fonder la tarification des établissements de santé sur les pathologies traitées est engagée. L'expérimentation de nouvelles modalités de tarification pour les établissements de santé doit reposer sur des données d'activité hospitalière fiables et rapidement disponibles. A cette fin, le Gouvernement a créé une agence technique de l'information sur l'hospitalisation permettant d'améliorer le traitement des données et faciliter leur diffusion.

La politique de réduction des inégalités de dotation entre régions et entre établissements de santé sera poursuivie, tout en permettant aux régions les mieux dotées de disposer de marges suffisantes. L'aide à l'investissement a été accrue: le FIMHO a été porté à 800 MF en 2000 et disposera de 500 MF en 2001.

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 a institué un nouveau dispositif de régulation des dépenses de cliniques privées et crée un fonds pour aider aux transformations de ce secteur, L'Etat et les trois fédérations de cliniques ont signé en 2000 le premier accord mettant en oeuvre ces nouvelles dispositions. Dans l'ensemble des régions, un accord sur les objectifs régionaux a été signé entre les ARH et les fédérations régionales. L'adaptation de la loi proposée au Parlement permettra un financement innovant des activités d'urgence assumés par certains établissements conformément aux schémas régionaux d'organisation sanitaire.

- le médicament

La progression de la dépense de médicament est importante. Si la France ne constitue pas, dans ce domaine, une exception, la consommation médicale est en France plus importante que dans nombre de pays voisins. Les politiques structurelles engagées avec détermination dans ce domaine visent à infléchir les tendances de fond, dans un cadre conventionnel avec les laboratoires.

L'année 2000 marque une nouvelle étape avec la mise en oeuvre de l'opération de réévaluation des médicaments en fonction du service médical rendu (SMR). Au total, près de 2.663 spécialités ont été évaluées par la Commission de la transparence, soit plus des deux tiers des spécialités pharmaceutiques françaises : 60% ont été classées en SMR majeur ou important, 15% en SMR modéré ou faible, 25% en SMR insuffisant. Le Gouvernement a tiré les conséquences de cette évaluation en juillet dernier. A l'issue d'un délai de trois ans, les médicaments à SMR insuffisant sortiront du remboursement. Sans tarder, le Gouvernement a uniformisé le taux de remboursement des vasodilatateurs : toutes les spécialités de cette classe sont désormais remboursées à 35%. Parallèlement, le Comité économique du médicament a conduit avec les laboratoires concernés des négociations pour faire baisser les prix des spécialités dont le SMR a été jugé insuffisant.

Le Gouvernement propose au Parlement de modifier la contribution de l'industrie pharmaceutique. Créée il y a deux ans, elle a permis de récupérer une partie du dépassement sur les dépenses de médicaments. Son mode de calcul provoque des effets de seuil. Aussi convient-il de retenir un mode de calcul plus simple, linéaire, qui permet de récupérer une partie plus importante du dépassement.

B. La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles

La reprise de l'activité a interrompu, depuis deux ans, la baisse régulière du nombre d'accidents du travail. Cette évolution appelle une vigilance accrue. Aussi, le Gouvernement entend-il revoir l'organisation de la prévention.

Par ailleurs, le Gouvernement poursuivra les actions qu'il a engagées pour favoriser la reconnaissance des maladies professionnelles. Les réformes de procédure intervenues depuis deux ans ont permis d'améliorer les conditions de la réparation à laquelle ces personnes ont droit. Dans cette logique, le travail de clarification des tableaux de maladies professionnelles sera poursuivi.

Au-delà de ses réflexions générales sur l'amélioration de la réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles, le Gouvernement prendra de nouvelles dispositions en faveur des victimes de l'amiante. Seront ainsi mises en oeuvre les dispositions relatives à la surveillance post-professionnelle et post-expositionnelle des travailleurs exposés à l'amiante.

Les insuffisances des systèmes de protection qui laissent parfois des victimes sans réparation, la gravité des préjudices subis, la nécessité d'une réponse rapide aux demandes exprimées par des victimes dont l'espérance de vie est souvent dramatiquement réduite, sont autant de motifs pour mettre en place des mesures exceptionnelles. Le Gouvernement propose au Parlement de créer un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, dans le double objectif d'assurer l'indemnisation intégrale des préjudices subis, quelle que soit l'origine de l'exposition à l'amiante, et de simplifier les procédures.

C. La politique de la famille

La Conférence de la famille, qui s'est tenue le 15 juin 2000 sous la présidence du Premier ministre, est la troisième depuis 1998. Elle a été l'occasion d'engager de nouvelles étapes dans la rénovation de la politique familiale.

La réaffirmation de la solidarité comme objectif prioritaire de la politique familiale se traduit par une réforme importante des aides personnelles au logement : plus de 6,5 milliards de francs seront consacrés d'ici 2002 à la revalorisation et à la simplification des aides versées aux familles ayant les revenus les plus faibles.

La solidarité nationale en faveur des familles rencontrant des difficultés se manifeste également par la création, au 1^{er} janvier 2001, d'un congé spécifique pour enfant malade assorti d'une allocation de présence parentale, afin de permettre aux parents d'un enfant atteint d'une maladie grave de suspendre partiellement ou totalement leur activité professionnelle pour s'occuper de lui.

Pour permettre aux femmes de mieux articuler travail et vie familiale, le soutien apporté aux modes de garde en faveur de la petite enfance change d'échelle à travers d'une part, la majoration de l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée (AFEAMA) à hauteur de 500 MF dès 2001, d'autre part, la création d'un fonds exceptionnel d'investissement en faveur des modes de garde collectifs. Ce fonds, doté d'1,5 milliard de francs, permettra l'accueil de 30 à 40 000 enfants supplémentaires. La montée en charge de ce plan de rattrapage sera accompagnée par l'abondement à hauteur de 1,4 milliard des moyens du fonds national d'action sociale (FNAS) de la CNAF consacrés au fonctionnement des modes de garde collectifs.

Afin d'aider les mères en difficulté à retrouver une activité professionnelle, le Gouvernement a décidé de créer une aide à la reprise d'activité des femmes (ARAF) d'un montant de 2 000 à 3000F. Ce dispositif est opérationnel depuis le 15 juillet 2000.

De même, pour éviter que les bénéficiaires de l'allocation parentale d'éducation (APE) ne basculent dans le chômage de longue durée à l'issue de VAPE, un dispositif d'intéressement financier à la reprise d'activité anticipée sera mis en place.

Le soutien à la fonction parentale est conforté à travers une aide financière accrue de 300 MF visant à renforcer les relations entre famille et école, et à développer les contrats temps libres ainsi que les réseaux de soutien à la parentalité.

Enfin, le Gouvernement poursuit l'adaptation du code civil aux mutations de la famille. La modernisation engagée du droit de la famille couvre plusieurs sujets : l'assouplissement des régimes matrimoniaux, l'amélioration de la situation du conjoint survivant dans le droit des successions, la promotion d'une véritable parité parentale partagée, la création d'un conseil national des origines.

L'ensemble de ces décisions, élaborées en concertation avec les partenaires sociaux et le mouvement familial, visent à conforter le rôle essentiel des familles comme lieu d'affection, de solidarité et d'éducation.

D. La politique à l'égard des personnes âgées

a) Garantir les retraites des Français

Conformément au calendrier qu'il s'était fixé, le Gouvernement s'est engagé dans la voie de la consolidation de nos régimes de retraite par répartition, afin de garantir les retraites de tous les Français.

Le diagnostic, élaboré dans la concertation par le Commissariat général au plan, a montré que les régimes de retraite allaient être confrontés à deux défis dans les années à venir: l'allongement constant de la durée de la vie et l'arrivée à l'âge de la retraite des générations nombreuses de l'après-guerre. La perspective désormais crédible d'un retour rapide au plein emploi, même si elle atténue l'ampleur des déficits, ne résout pas tous les problèmes. Des adaptations sont donc nécessaires pour assurer l'avenir de nos régimes par répartition, auxquels les Français sont attachés.

Sur la base de ce diagnostic, et après avoir largement consulté, le Gouvernement travaille pour préparer l'avenir, en abondant le fonds de réserve et en engageant la concertation pour élaborer les mesures les mieux à même d'assurer l'avenir des régimes de retraite.

Afin d'assurer les retraites des Français au-delà de l'horizon 2020, le Gouvernement a créé le fonds de réserve en 1998 et y a affecté des ressources nouvelles dès 1999 : excédents de la CNAV et du fonds de solidarité vieillesse, la moitié du prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine, contributions des caisses d'épargne et de la Caisse des Dépôts et Consignations, auxquels s'ajoute la majeure partie du produit de la vente des licences de téléphone mobile de troisième génération. Au total, le fonds de réserve devrait disposer d'environ 1.000 milliards de francs en 2020, dont 300 milliards proviendront des intérêts financiers. Cette somme correspond à la moitié des déficits prévisionnels des régimes de retraite entre 2020 et 2040.

Pour assurer une vigilance constante sur l'évolution de nos systèmes de retraite, le Gouvernement a créé le conseil d'orientation des retraites. Par la pluralité des membres qui le composent (partenaires sociaux, parlementaires, personnalités qualifiées), il assurera un questionnement permanent sur les retraites. Ce conseil garantit que la réforme des retraites sera menée dans le respect de l'équité entre les régimes. Il proposera au Gouvernement des mesures d'ajustements en fonction des évolutions de la situation économique et des projections démographiques.

b) Assurer la prise en charge de la dépendance

Pour mieux prendre en compte la problématique du vieillissement et de la dépendance, le Gouvernement met en place des programmes d'actions coordonnées sur l'ostéoporose et la maladie d'Alzheimer.

Il a par ailleurs entrepris depuis trois ans de développer les services destinés aux personnes âgées dépendantes, à domicile ou en établissement. Cet effort va être amplifié à partir de 2001, afin d'accompagner la réforme de la prestation spécifique dépendance (PSD).

La politique gérontologique du gouvernement se décline dans les termes suivants :

- le développement de la coordination gérontologique - en 2000, 25 centres de liaison, d'information et de coordination sont expérimentés ; progressivement, ce nombre sera porté à 1000, afin de couvrir tout le territoire, au niveau des bassins de vie, et donc au plus proche des personnes âgées ;

- la professionnalisation et l'amélioration de la qualité des services d'aide à domicile : la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait exonéré les services d'aide ménagère à domicile des charges patronales de sécurité sociale pour les interventions auprès des personnes âgées dépendantes, permettant ainsi à ces services de trouver des conditions de fonctionnement satisfaisantes ; en concertation avec les représentants de la branche, une démarche de formation et de professionnalisation va être engagée. Par ailleurs, un décret permettant de créer des services « polyvalents », prenant en charge à la fois les soins et l'accompagnement social, est en cours de préparation. Enfin, le nombre de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) créées chaque année va être doublé, passant de 2000 à 4000, dans le cadre d'un plan de cinq ans à hauteur de 1,2 MdF.

- le développement des moyens médicaux des établissements destinés aux personnes âgées les décrets d'avril 1999 sur la nouvelle tarification entrent progressivement en vigueur. Cette réforme permettra d'assurer la transparence sur les coûts, et d'allouer les ressources en fonction des niveaux d'équipement et de la situation des personnes accueillies au regard des critères de dépendance et de santé. Afin d'accompagner l'entrée en vigueur de cette nouvelle tarification, un plan de 6 MdsF sur cinq ans va être consacré au développement des moyens médicaux des établissements.

E. La politique à l'égard des personnes handicapées

Pour répondre aux attentes et aux besoins des personnes handicapées, en permettant une individualisation des réponses, il faut désormais créer les conditions permettant à ces personnes d'exercer un vrai choix de vie. En privilégiant résolument l'autonomie des personnes et leur intégration dans le milieu de vie ordinaire, en répondant aux besoins de prise en charge et d'accueil protégé des

personnes les plus lourdement handicapées, en assurant la modernisation des instruments sur lesquels s'appuie son action, en s'inscrivant dans la durée avec des objectifs financés à échéance pluriannuelle, le Gouvernement mène une politique globale et déterminée en direction des personnes handicapées.

Cette politique s'articule autour de deux grands axes

- amplifier le développement des dispositifs les plus favorables à l'intégration. Pour la prise en charge des jeunes, tous les départements ont été dotés de centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et cet effort sera poursuivi pour répondre à la demande d'accompagnement parental. La création ou l'extension de capacités de services d'éducation spécialisée et de soins à domicile (SESSAD) sera amplifiée.

Pour les adultes, le Gouvernement entend encourager toutes les initiatives favorisant le maintien à domicile des personnes handicapées. L'amélioration de l'accès aux aides techniques fait l'objet d'un examen concerté avec l'ensemble des acteurs et l'ensemble des départements disposeront d'ici 2003 de « sites pour la vie autonome ». Ces structures, financées par le budget de l'Etat, sont chargées de l'évaluation des besoins des personnes handicapées par une approche globale et pluridisciplinaire ainsi que de la prescription des aides techniques et humaines dont elles ont besoin. Par ailleurs, les interventions des services de soins infirmiers à domicile seront étendues aux personnes handicapées et le nombre de postes d'auxiliaires de vie passera de 1850 à 5000 d'ici 2003 ;

- apporter une réponse adaptée et durable à l'insuffisance de places dans les établissements spécialisés. La mise en oeuvre du plan pluriannuel (1999-2003) destiné à créer 5 500 places nouvelles dans les maisons d'accueil spécialisées (MAS) et les foyers à double tarification (FDT) sera poursuivie en 2001.

Par ailleurs, un effort spécifique est conduit en direction des personnes frappées par un handicap particulièrement grave. D'ici 2003, 120MF seront consacrés à la création de sections supplémentaires dans les instituts médico-éducatifs pour les enfants les plus lourdement handicapés, 300MF à la création de places supplémentaires pour les autistes et les traumatisés crâniens et 45 MF à l'accueil des personnes handicapées vieillissantes.

F. Une présentation des comptes améliorée

La présentation des comptes est améliorée : comme il l'avait annoncé l'an dernier, le Gouvernement présente cette année, en annexe du projet de loi, les principaux agrégats en droits constatés. Par ailleurs, le projet de loi contient des dispositions destinés à l'harmonisation des comptes des différents régimes : mise en oeuvre d'un plan comptable unique, création d'un haut conseil de la comptabilité des organismes sociaux et d'une mission permanente. Ces instances veilleront à la bonne application du plan comptable.

N° 2606 - Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (commission des affaires culturelles).