



N° 3307

---

# ASSEMBLEE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

---

---

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 10 octobre 2001.

## PROJET DE LOI

*de financement de la sécurité sociale pour 2002,*

(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 ELISABETH GUIGOU,

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 2002, 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<sup>er</sup>

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

**Article 1<sup>er</sup>**

Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2002.

TITRE II

**DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES**

**Article 2**

Le V de l'article 41 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'indemnité de cessation anticipée d'activité versée en application d'une convention collective de branche, d'un accord professionnel ou interprofessionnel, d'un accord d'entreprise, du contrat de travail ou d'une disposition unilatérale de l'employeur est exclue de l'assiette des cotisations sociales dans les mêmes conditions que l'indemnité légale mentionnée à l'alinéa précédent. »

### **Exposé des motifs**

Il a été institué par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 une indemnité de cessation d'activité versée aux victimes de l'amiante. Cette indemnité est exclue de l'assiette des cotisations et contributions sociales.

L'indemnité complémentaire versée par l'employeur en vertu d'un accord d'entreprise ou d'une disposition unilatérale doit pouvoir, compte tenu de son caractère exceptionnel, bénéficier des mêmes dispositions.

L'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 est ainsi modifié. S'agissant de la contribution sociale généralisée (CSG), la référence à cette même disposition dans le 7° du III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale permet d'obtenir une même exonération. Le lien établi par l'article 14 de l'ordonnance du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale avec l'assiette de la CSG permet d'atteindre ce même résultat pour la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS).

### **Article 3**

I.- L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 22° Les dirigeants des associations remplissant les conditions prévues au deuxième alinéa du *d* du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts ;

« 23° Les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées, dans les conditions applicables aux gérants de sociétés à responsabilité limitée et aux gérants de sociétés d'exercice libérale à responsabilité limitée. »

II.- L'article L. 722-20 du code rural est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 9° Lorsque les sociétés dont ils sont les dirigeants relèvent des dispositions des 1° à 4° de l'article L. 722-1, présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées ;

« 10° Dirigeants des associations ayant un objet agricole, remplissant les conditions prévues au deuxième alinéa du *d* du 1° du 7 de l'article 261 du code général des impôts. »

### **Exposé des motifs**

Le I du présent article affine au régime général certains dirigeants d'associations et présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées.

La direction d'une association peut s'exercer dans des conditions la rendant assimilable à une activité professionnelle. Cependant, la Cour de cassation ne qualifie pas de salaires les indemnités versées notamment aux présidents qui se tournent alors vers le statut de travailleur indépendant. Or, les caisses d'assurance vieillesse des indépendants les refusent, considérant qu'ils ne relèvent pas de leur compétence, de même que les caisses d'assurance maladie car l'affiliation à l'assurance maladie des travailleurs indépendants découle de l'affiliation à l'assurance vieillesse.

En accord avec le Conseil national de la vie associative, il a donc été jugé préférable d'affilier au régime général ces dirigeants d'associations. On rappellera que le projet de loi de finances pour 2002 modifie l'article 80 et le *d* du 1° de l'article 261-7 du code général des impôts afin que le salaire versé aux dirigeants d'associations ne remette pas à lui seul en cause le caractère désintéressé de la gestion de l'association, ce qui emporterait l'imposition de ses activités.

Les responsables de sociétés par actions simplifiées (SAS) exercent pour leur part une activité professionnelle, qui doit emporter affiliation à un régime de sécurité sociale. Le ministère de l'emploi et de la solidarité, dans une instruction du 17 mars 1995, avait d'abord indiqué la compétence du régime général, la SAS présentant alors des similitudes avec la société anonyme (SA), dont les dirigeants sont affiliés au régime général.

Mais la loi n° 99-587 du 12 juillet 1999 sur l'innovation et la recherche a rapproché la SAS, dans ses conditions de direction, des sociétés de personnes telle la société à responsabilité limitée (SARL). Le code des sociétés exclut ainsi l'application aux SAS des articles relatifs à la direction, à l'administration et aux assemblées d'actionnaires des SA : les actionnaires d'une SAS,

d'ailleurs qualifiés d'associés, s'organisent librement et peuvent soumettre à agrément l'entrée de nouveaux associés.

Or, un texte est nécessaire pour appliquer aux dirigeants de SAS le régime social des dirigeants de SARL. En effet, la Cour de cassation fait une application stricte de l'article L. 311-3 : elle a ainsi considéré que les présidents de conseils d'administration d'organismes coopératifs n'étaient pas assimilables aux présidents des conseils de SA et, par conséquent, ne pouvaient être affiliés au régime général.

Les enjeux financiers attachés à cette modification de l'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale s'élèvent à 20 millions d'euros (129 millions de francs).

Le II de ce projet d'article transpose l'ensemble de ces dispositions aux dirigeants d'associations ayant un objet agricole et aux présidents et dirigeants de SAS à objet agricole. L'impact pour le régime agricole sera d'un million d'euros (6,4 millions de francs).

#### **Article 4**

Il est créé, après l'article 20 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, un article 20-1 ainsi rédigé :

« *Art. 20-1.* - Les entreprises visées au II de l'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale qui emploient leur premier salarié postérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2002 ont droit, au titre de cette embauche et des embauches supplémentaires, à l'allègement prévu au même article appliqué conformément aux dispositions de cet article et des textes pris pour son application et selon les modalités et conditions particulières définies ci-dessous.

« I.- Le bénéfice de l'allègement est ouvert au titre de la première embauche lorsque la durée du travail du salarié concerné, au plus égale à trente-cinq heures hebdomadaires ou à 1 600 heures sur l'année, est mentionnée dans son contrat de travail. Ce contrat de travail doit être à durée indéterminée ou conclu pour une durée d'au moins douze mois.

« II.- A compter de la deuxième embauche, le bénéfice de l'allègement est ouvert lorsque la durée collective du travail, au plus égale à trente-cinq heures hebdomadaires ou à 1 600 heures sur l'année, est fixée soit par un accord collectif conclu dans les

conditions définies au II de l'article 19, soit en vertu des dispositions du VIII du même article ou, à défaut, est mentionnée dans le contrat de travail du ou des salariés concernés. Dans ce dernier cas, le maintien de l'allégement est subordonné au respect, au plus tard à l'expiration d'une période d'un an à compter de la deuxième embauche, des conditions définies au II à VIII de l'article 19. »

### **Exposé des motifs**

L'embauche d'un premier salarié par les travailleurs non salariés ou certaines catégories de personnes morales ouvre droit à une exonération des cotisations patronales de sécurité sociale dues pour l'intéressé pendant deux ans lorsqu'il est embauché sous contrat à durée indéterminée ou la durée initiale du contrat, dans la limite de dix-huit mois pour un salarié embauché sous contrat de travail à durée déterminée.

Cette mesure temporaire, instituée par la loi n° 89-18 du 13 janvier 1989 portant diverses mesures d'ordre social, a été à plusieurs reprises reconduite, en dernier lieu jusqu'au 31 décembre 2001 par la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (article 6-2).

Dans le cadre des actions de simplification en faveur des entreprises, il est proposé de basculer cette exonération vers l'allégement 35 heures, et d'autre part d'adapter les conditions d'accès à cet allégement pour tenir compte du caractère très spécifique de la première embauche.

Pour bénéficier de l'allégement 35 heures, il suffira désormais, d'une part, que l'employeur inscrive dans le contrat de travail son engagement d'appliquer de manière effective une durée du travail de 35 heures et, d'autre part, qu'il adresse à l'administration un imprimé prévu à cet effet.

A compter de la deuxième embauche, l'employeur, pour continuer à bénéficier de l'allégement pour ces salariés ainsi que pour ceux embauchés ultérieurement, devra se conformer aux dispositions actuelles de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail à l'expiration de la période d'un an.

### **Article 5**

I.- Sont acquises par le fonds créé à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale à titre de produits toutes les recettes

mentionnées à l'article L. 131-10 du même code encaissées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001.

II.- Le total des produits enregistrés comptablement au 31 décembre 2000 par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, en application des dispositions du deuxième alinéa du III de l'article 5 de la loi n° 99-1140 du 29 décembre 1999 de financement de la sécurité sociale pour 2000 est notifié par ladite agence à chacune des branches du régime général de sécurité sociale et à la mutualité sociale agricole, au *pro rata* des exonérations mentionnées au 1° de l'article L. 131-9 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction issue de la même loi et enregistrées comptablement par chacun de ces organismes au titre de la même année.

Sont annulées les créances sur le fonds créé à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, enregistrées au 31 décembre 2000 par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et par les régimes concernés, afférentes aux exonérations visées au 1° de l'article L. 131-9 du même code dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 précitée. En conséquence, les comptes de l'exercice 2000 des organismes de sécurité sociale concernés sont modifiés pour tenir compte de cette annulation.

III.- Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa de l'article L. 131-9, le mot : « dépenses » est remplacé par le mot : « charges » ;

2° Au premier alinéa de l'article L. 131-10, les mots : « recettes du fonds sont constituées » sont remplacés par les mots : « produits du fonds sont constitués » ;

3° Au dernier alinéa de l'article L. 131-10, le mot : « recettes » est remplacé par le mot : « produits », le mot : « dépenses » par le mot : « charges », et le mot : « équilibrées » par le mot : « équilibrés ».

IV.- Le troisième alinéa de l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « , ainsi que le Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale institué par l'article L. 131-8 du présent code ».

V.- Les dispositions des III et IV du présent article entrent en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2001.

### **Exposé des motifs**

Le présent article apporte les adaptations nécessaires pour une mise en place du fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC) sur l'exercice 2001.

Le I organise le transfert comptable au fonds des recettes fiscales actuellement encaissées par l'ACOSS en application des dispositions transitoires prévues au dernier alinéa du III de l'article 5 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000. Ce transfert est effectué à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001, afin de présenter une comptabilité sur l'ensemble de l'année.

Le II tire les conséquences de l'absence de mise en place de l'établissement public au cours de l'exercice 2000. La mesure proposée vise à valider dans la loi les opérations effectuées par l'ACOSS au titre du FOREC en 2000, et à cette fin à annuler la créance inscrite dans les comptes des régimes de sécurité sociale au titre des montants d'allègements de charges non compensés par les réaffectations de recettes fiscales reçues par le FOREC. Pour tenir compte de l'analyse de la Cour des comptes dans son rapport sur la sécurité sociale joint au présent projet de loi, il est proposé de procéder à cette annulation de créance dans les comptes de l'exercice 2000.

Le III permet d'ajuster les textes constitutifs du FOREC à une comptabilité en droits constatés.

Le IV prévoit que la gestion du FOREC sera assurée par le fonds de solidarité vieillesse (FSV).

Le V précise l'entrée en vigueur de ces différentes dispositions.

### **Article 6**

I.- A.- Le B du VII de l'article 16 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est abrogé.

B.- A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001, la fraction visée au 5° *bis* de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est de 24,7 %.



C.- Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé du budget fixe la date et le montant du reversement par l'Etat, au fonds institué à l'article L. 131-8 du même code, des sommes perçues au cours de l'exercice 2001 au titre du B.

D.- A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002, la fraction visée au 5<sup>o</sup> *bis* de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est égale à 30,56 %.

II.-A.- Le chapitre VII du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> Il est créé une première section intitulée : « Section 1 : Taxe sur les contributions au bénéfice des salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance » qui comprend les articles L. 137-1 à L. 137-4 ;

2<sup>o</sup> Il est créé une deuxième section intitulée : « Section 2 : Contribution sur les abondements des employeurs aux plans partenariaux d'épargne salariale volontaire » qui comprend l'article L. 137-5 ;

3<sup>o</sup> Il est créé une troisième section intitulée : « Section 3 : Contribution assise sur les contrats d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur » qui comprend les articles L. 137-6 à L. 137-9 ainsi rédigés :

« *Art. L. 137-6.-* Une contribution est due par toute personne physique ou morale, qui est soumise à l'obligation d'assurance en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances.

« Cette contribution est perçue au profit du fonds mentionné à l'article L. 131-8.

« Le taux de la contribution est fixé à 15 % du montant des primes ou cotisations afférentes à l'assurance obligatoire en matière de circulation de véhicules terrestres à moteur instituée par l'article L. 211-1 du code des assurances.

« *Art. L. 137-7.-* La contribution est perçue par les entreprises d'assurance, dans les mêmes conditions et en même temps que ces primes.

« Les entreprises d'assurance sont tenues de verser, au plus tard le 15 du deuxième mois suivant le dernier jour de chaque

bimestre, à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, le produit de la contribution correspondant au montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises au cours de chaque bimestre, déduction faite des annulations et remboursements constatés durant la même période et après déduction du prélèvement destiné à compenser les frais de gestion dont le taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.

« A l'appui de chaque versement, elles sont tenues de produire à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale une déclaration conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.

« La contribution est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1.

« *Art L. 137-8.-* Les organismes d'assurance et assimilés non établis en France et admis à y opérer en libre prestations de services en application de l'article L. 310-2 du code des assurances désignent un représentant résidant en France, personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues.

« *Art. L. 137-9.-* Un décret en Conseil d'Etat fixe, en tant que de besoin, les modalités d'application de la présente section. »

B.- Les articles L. 213-1 et L. 213-2 du code des assurances sont abrogés. A l'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « le produit de la cotisation visée à l'article L. 213-1 du code des assurances » sont supprimés.

C.- Les dispositions des A et B ci-dessus s'appliquent aux primes ou cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002.

D.- Après le 5° *bis* de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5° *ter* ainsi rédigé :

« 5° *ter* Le produit de la contribution visée à l'article L. 137-6 du code de la sécurité sociale ; ».

III.- A. - Au 4° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « ainsi qu'une fraction égale à 55 % du produit » sont remplacés par les mots : « ainsi que le produit ».

B.- Le huitième alinéa de l'article L. 241-2 du même code est supprimé.

C.- Les dispositions des A et B s'appliquent aux sommes à recevoir à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001.

D.- Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe la date et le montant du reversement par la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, au fonds institué à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale, des sommes perçues au cours de l'exercice 2001 au titre du 4° de l'article L. 131-10 de ce code.

IV.- A.- Au 1° de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, le nombre : « 97 » est remplacé par le nombre : « 90,77 ».

B.- Au septième alinéa de l'article L. 241-2 du même code, le nombre : « 2,61 » est remplacé par le nombre : « 8,84 ».

C.- Les dispositions du présent IV s'appliquent aux sommes à recevoir à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002.

V.- A.- Après le 5° *ter* de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale, il est inséré un 5° *quater* ainsi rédigé :

« 5° *quater* Le produit de la taxe instituée à l'article L. 137-1 ; ».

B.- Le 3° de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale est supprimé.

C.- A l'article L. 137-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « Fonds de solidarité vieillesse » sont remplacés par les mots : « fonds institué à l'article L. 131-8 ».

D.- Les dispositions du présent V sont applicables aux sommes à recevoir à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002.

### **Exposé des motifs**

Au I, il est proposé de porter, pour l'année 2001, à 24,7 % la part de taxe sur les conventions d'assurances affectée au FOREC, afin d'atteindre une recette de 1,1 milliard d'euros (7,3 milliards de francs). Cette part est portée, à compter de 2002, à 30,7 %, afin d'atteindre une recette de 1,4 milliard d'euros (9,3 milliards de francs).

Au II, il est proposé le transfert du produit de la cotisation additionnelle sur les contrats d'assurance des véhicules terrestres à moteur, dont le rendement est évalué en 2002 à environ 899,45 millions d'euros (5,9 milliards de francs), de la CNAMTS au profit du FOREC.

A cette occasion, il est apparu nécessaire d'adapter le statut de ce prélèvement pour en faire une imposition de toute nature. A cet effet, le présent article porte au niveau législatif des dispositions figurant actuellement dans des textes réglementaires, notamment le taux et les modalités du recouvrement.

Le III met en place, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001, le transfert au FOREC des droits indirects sur les alcools affectés à la CNAMTS, pour un montant de 908 millions d'euros (5 950 millions de francs) en 2001 et de 887 millions d'euros (5 820 millions de francs) en 2002.

Le IV opère, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002, un transfert à la CNAMTS des droits indirects sur les tabacs affectés au FOREC, pour un montant de 549 millions d'euros (3,6 milliards de francs).

Enfin, le V met en place, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002, le transfert du FSV vers le FOREC de la taxe sur les contributions des employeurs au bénéfice des salariés pour le financement de prestations complémentaires de prévoyance, pour un montant de 438 millions d'euros (2 870 millions de francs).

## **Article 7**

I.- Au III de l'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un sixième alinéa ainsi rédigé :

« Dans les entreprises de transport routier où la durée des temps de service des personnels de conduite marchandises « grands routiers » ou « longue distance » ainsi que des personnels « courte distance » est fixée au plus soit à trente-cinq heures hebdomadaires, soit à 1 600 heures sur l'année, le montant de l'allègement auquel ouvrent droit les salariés dont la durée du travail est fixée dans ces limites est majoré d'un montant fixé par décret. »

II.- Au troisième alinéa du III de l'article L. 241-13-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « dans les zones de

revitalisation rurale », sont insérés les mots : « et de redynamisation urbaine ».

III.- A.- Le troisième alinéa de l'article L. 241-6-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article sont applicables aux gains et rémunérations versés aux salariés visés au 1<sup>o</sup> de l'article L. 722-20 du code rural. »

B.- Les dispositions du présent III sont applicables aux gains et rémunérations versés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001 par les entreprises et unités économiques et sociales de plus de vingt salariés mentionnées à la première phrase du II de l'article 1<sup>er</sup> de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002 pour les autres entreprises.

### **Exposé des motifs**

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

Afin d'encourager les démarches de réduction des temps de service effectués dans cette profession, la présente mesure propose la création d'une majoration de cet allègement au bénéfice des entreprises qui réduisent les temps de service de leurs personnels « longue distance » et « courte distance » à au plus 35 heures hebdomadaires ou 1600 heures sur l'année.

Il a été décidé de fixer par décret le montant de cette majoration à 556,74 € (3 652 F) par salarié à temps plein et par an.

Au II, il est proposé de majorer l'allègement lié à l'application de la nouvelle durée légale du travail pour les entreprises situées dans les 416 zones de redynamisation urbaine (ZRU).

Ces entreprises bénéficient en effet d'une exonération de cotisations patronales de sécurité sociale dans la limite de la fraction de la rémunération égale à 150 % du SMIC pendant les douze mois qui suivent la date

d'effet d'une embauche ayant pour effet d'accroître l'effectif.

L'allégement lié aux 35 heures, bien que pérenne, reste donc moins favorable que l'exonération applicable en ZRU en raison de la dégressivité de cet allégement.

C'est pourquoi il est proposé la création d'une majoration de l'allégement lié aux 35 heures, sur le modèle retenu pour les entreprises situées en zones de revitalisation rurale, pour, d'une part, inciter au passage aux 35 heures et, d'autre part, qu'à terme, l'attractivité des ZRU soit conservée.

Cette majoration s'appliquera également aux entreprises aujourd'hui situées en zones franches urbaines (ZFU) dans la mesure où le périmètre des ZRU englobe celui des ZFU.

Son montant devrait être fixé par décret à 214 € par salarié à temps plein et par an.

S'agissant du III, l'article 120 de la loi de finances pour 2001 a supprimé pour les employeurs de main-d'œuvre du régime général de sécurité sociale l'exonération de cotisations d'allocations familiales dans les zones de revitalisation rurale, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2001 pour les entreprises de plus de vingt salariés et à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002 pour les autres entreprises.

Il maintient en revanche cette exonération pour les entreprises de travaux agricoles et forestiers, les établissements de conchyliculture et pisciculture et pour les artisans ruraux (2<sup>o</sup>, 3<sup>o</sup>, 4<sup>o</sup> et 6<sup>o</sup> de l'article L. 722-1 du code rural). En application de l'article L. 741-6 du code rural, les exploitants agricoles bénéficient pour leur part de l'exonération des cotisations d'allocations familiales mais seulement lorsqu'ils sont assujettis au régime social agricole sur la base de la surface minimum d'installation (ou équivalent).

La rédaction de l'article L. 741-6 du code rural ne permet ainsi pas aux exploitants assujettis au régime agricole, non sur la base de la superficie de leur exploitation, mais sur celle du nombre annuel d'heures de travail, dits « connexes », de bénéficier de ces exonérations. Or, la volonté du législateur est bien de faire bénéficier de cette exonération l'ensemble des exploitations et entreprises agricoles.

Le présent projet d'article vise donc à maintenir dans le champ personnel de l'exonération de cotisations d'allocations familiales dans les zones de revitalisation rurale les exploitants et les entreprises employeurs de main-d'œuvre assujettis au régime social agricole sur la base du temps de travail, exonération dont les employeurs sont

exclus dans la version de l'article L. 241-6-2 du code de la sécurité sociale issue des modifications apportées par l'article 120 de la loi de finances pour 2001.

### Article 8

Pour 2002, 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 :

	<u>En milliards d'euros</u>
	<u>En droits constatés</u>
- Cotisations effectives.....	176,12
- Cotisations fictives .....	31,95
- Contributions publiques.....	10,66
- Impôts et taxes affectés.....	89,66
- Transferts reçus.....	0,15
- Revenus des capitaux.....	0,83
- Autres ressources .....	6,93
- Total des recettes .....	316,50

### Exposé des motifs

Pour la première fois, la loi de financement est présentée en euros et en droits constatés. Les chiffres correspondants, en milliards de francs, sont les suivants : cotisations effectives : 1155,27 ; cotisations fictives : 209,58 ; contributions publiques : 69,93 ; impôts et taxes affectés : 589,44 ; transferts reçus : 0,98 ; revenus des capitaux : 5,44 ; autres ressources : 45,46 ; total des recettes : 2076,1.

### Article 9

Pour 2001, les prévisions révisées 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 :

	<u>En milliards de francs</u>
	<u>En encaissements-décaissements</u>
- Cotisations effectives.....	1086,10

- Cotisations fictives .....	202,60
- Contributions publiques.....	68,60
- Impôts et taxes affectés.....	568,20
- Transferts reçus.....	3,00
- Revenus des capitaux.....	3,90
- Autres ressources.....	47,60
- Total des recettes .....	1980,00

### **Exposé des motifs**

Par sa décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le Conseil constitutionnel a considéré que la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante pouvait tenir lieu de loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour l'année en cours.

Par sa décision n° 2000-441 DC du 28 décembre 2000 sur la loi de finances rectificative pour 2001, le Conseil constitutionnel a annulé un transfert financier au motif qu'aucune loi de financement de la sécurité sociale n'avait pris en compte l'incidence de cette opération et qu'aucune ne pourrait plus le faire avant la fin de l'exercice considéré.

La prise en compte de cette jurisprudence conduit à réécrire, dans les dispositions rectificatives de la loi de financement de la sécurité sociale, l'ensemble des prévisions de recettes ou des objectifs de dépenses.

Le tableau contenu dans cet article retrace ainsi les prévisions de recettes de 2001 après intégration des transferts de recettes opérés sur l'exercice 2001 par l'article 6 de la présente loi (augmentation de la part de taxe sur les conventions d'assurances affectée au FOREC et reversement des droits de consommation sur les alcools perçus par la CNAMTS au FOREC).

Il est établi selon la méthode comptable des encaissements-décaissements et en francs à l'instar du tableau équivalent figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 qu'il rectifie.



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

Section 1  
**Branche maladie**

**Article 10**

I.- L'article L. 5125-23 du code de la santé publique est modifié comme suit :

1° Le premier alinéa est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le pharmacien ne peut délivrer un médicament non conforme à la prescription qu'avec l'accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d'urgence et dans l'intérêt du patient.

« Si la prescription ne comportant pas de dénomination de spécialité peut être respectée par la délivrance d'une spécialité figurant dans un groupe générique mentionné au 5° de l'article L. 5121-1, le pharmacien délivre une spécialité appartenant à ce groupe dans le respect des dispositions de l'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale. » ;

2° Au troisième alinéa, le mot : « Toutefois » est remplacé par les mots : « Par dérogation aux dispositions du premier alinéa » ;

3° Le dernier alinéa est complété par la phrase suivante :

« Il en est de même lorsque le pharmacien délivre une spécialité au vu d'une prescription ne comportant pas de dénomination de spécialité. »

II.- L'article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Après le premier alinéa, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsque le pharmacien d'officine délivre une spécialité sur présentation d'une prescription ne comportant pas de dénomination de spécialité, en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique, l'écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère conforme

à la prescription ne peut être supérieur à un montant déterminé par la convention prévue à l'article L.162-16-1 du présent code ou, à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget. » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « en application du deuxième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « en application du troisième alinéa de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique » ;

3° Au quatrième alinéa, les mots : « de cette condition » sont remplacés par les mots : « des dispositions des deuxième et troisième alinéas du présent article » et les mots : « mentionnée à l'alinéa précédent » sont remplacés par les mots : « mentionnée au troisième alinéa du présent article ou à l'écart de prix mentionné au deuxième alinéa du présent article ».

### **Exposé des motifs**

Cet article complète le code de la santé publique en précisant les modalités de délivrance d'un médicament par le pharmacien lorsqu'il se trouve face à une prescription médicale ne comportant pas de dénomination de spécialité mais une dénomination commune internationale (DCI). La définition de ces modalités est nécessaire :

- que ce soit pour des raisons de santé publique : obligation pour le pharmacien de choisir une spécialité conforme à la prescription ; prévoir que le pharmacien indique sur l'ordonnance le nom de la spécialité délivrée sur la base d'une prescription libellée en DCI, comme c'est déjà prévu lorsque le pharmacien exerce son droit de substitution (article L. 5125-23 dernier alinéa) ; obligation pour le pharmacien de délivrer une spécialité figurant au répertoire des génériques lorsque la DCI prescrite est incluse dans ce répertoire ; tel est l'objet de la modification de l'article L. 5125-23 du code de la santé publique ;

- ou pour des raisons économiques : choisir parmi les médicaments les moins chers. La modification de l'article L. 162-16 a pour objet de compléter le dispositif afin de garantir que la délivrance de médicaments effectuée sur la base d'une prescription en DCI s'effectuera au meilleur coût pour l'assurance maladie. Ainsi, ces dispositions imposent au pharmacien de délivrer la spécialité dont l'écart de prix entre la spécialité effectivement délivrée et la spécialité la moins chère

conforme à la prescription ne peut être supérieur à un montant déterminé par la convention prévue à l'article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale ou à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget.

### Article 11

I.- Le troisième alinéa de l'article L. 245-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Pour chaque part de l'assiette correspondant à l'une des quatre tranches définies ci-après, le taux applicable est fixé comme suit :

«

PART DE L'ASSIETTE correspondant aux rapports « R » - entre les charges de prospection et d'information et le chiffre d'affaires hors taxes- suivants	TAUX de la contribution par tranche (en pourcentage)
R < à 10 %	10,5 %
R égal ou > à 10 % et < à 12 %	17 %
R égal ou > à 12 % et < à 14 %	25 %
R égal ou > à 14 %	31 %

»

II.- Les dispositions du présent article entreront en vigueur pour la détermination de la contribution due le 1<sup>er</sup> décembre 2002.

### Exposé des motifs

Les dépenses de promotion constituent un moyen pour faire connaître les produits pharmaceutiques. Toutefois, elles peuvent donner lieu, au-delà d'un certain montant, à une pression excessive sur les prescripteurs sur laquelle il convient d'être vigilant. Pour freiner la progression des dépenses de médicaments remboursables induite par la forte croissance du chiffre d'affaires hors taxe de l'industrie pharmaceutique attendue sur cet exercice, il apparaît nécessaire d'intervenir en vue d'infléchir l'activité promotionnelle des laboratoires pharmaceutiques en direction des prescripteurs. Il est ainsi proposé d'accroître le rendement et la progressivité de la contribution assise sur ces dépenses de promotion instituée aux articles L. 245-1 à L. 245-6 du code de la sécurité sociale. Le rendement supplémentaire de la contribution recouvrée au

1<sup>er</sup> décembre 2002 bénéficiera à la branche maladie.

### **Article 12**

Pour le calcul de la contribution due au titre de l'année 2002 en application de l'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 3 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article.

### **Exposé des motifs**

L'article L. 138-10 du code de la sécurité sociale qui instaure la clause de sauvegarde sur le médicament prévoit un taux K de progression du chiffre d'affaires de l'industrie pharmaceutique en officine de ville au-delà duquel une taxe est perçue ; le taux K est défini comme le taux de progression de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie tel qu'il résulte des lois de financement de la sécurité sociale pour l'année en cours et pour l'année précédente.

Il a été nécessaire dans la loi de financement pour l'année 2002 de prévoir un taux K spécifique fixé à 3 % pour la contribution qui sera versée en 2003.

### **Article 13**

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 22,87 millions d'euros pour l'année 2002.

### **Exposé des motifs**

Le VIII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 institue, pour une durée de cinq ans à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2000, un fonds géré par la Caisse de dépôts et consignations, dénommé : « Fonds pour la modernisation des cliniques privées », destiné prioritairement à accompagner des opérations de modernisation et d'adaptation de l'offre hospitalière pour ce qui concerne les établissements de santé privés sous objectif quantifié national. Le montant du fonds est fixé chaque année dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale. Pour l'année 2000, le montant du fonds a été fixé à 100 MF. Ce montant a été porté à 150 MF pour l'année 2001

par l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Il est proposé de maintenir les ressources du fonds au niveau atteint en 2001, soit 22,87 millions d'euros (150 MF), pour permettre de faire face notamment aux investissements de renouvellement et de modernisation des équipements de stérilisation et de désinfection dans le cadre de la prévention de la contamination par les agents transmissibles non conventionnels (ATNC).

#### **Article 14**

Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé est fixé, pour l'année 2002, à 45,73 millions d'euros.

#### **Exposé des motifs**

Conformément au protocole d'accord du 14 mars 2000, l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 a substitué au Fonds d'accompagnement social pour la modernisation des établissements de santé (FASMO) le Fonds pour la modernisation sociale des établissements de santé (FMES). Le Gouvernement a pris l'engagement de soutenir de façon encore plus active la modernisation sociale des établissements de santé. Le décret du 20 juillet 2000 a pris en compte de nouvelles missions : participer au financement des contrats d'amélioration des conditions de travail ainsi que des actions de modernisation sociale des établissements décidées dans le cadre d'un dialogue social renforcé. Par ailleurs, le fonds continue de prendre en charge ses missions initiales concernant les aides individuelles. Depuis sa création en 1998, le FASMO puis le FMES a été abondé d'un montant total de 1,3 MdF. Au 31 décembre 2001, le montant prévisionnel des dépenses cumulées est estimé à hauteur d'environ 1,1 MF. Au vu de ces résultats et compte tenu de la nécessité de soutenir la politique de modernisation sociale, il est prévu d'utiliser le solde de 200 MF. Le crédit de 45,73 millions d'euros demandé au titre de l'année 2002, conformément aux engagements pris dans le cadre du protocole, permettra le financement de nouvelles actions de modernisation, tant dans leur dimension individuelle que dans leurs composantes collectives.

## **Article 15**

I.- Pour 2002, le montant maximal des dépenses du fonds mentionné à l'article 25 de la loi n° 98-1114 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est fixé à 106,72 millions d'euros.

Ce fonds est doté de 76,23 millions d'euros au titre de l'exercice 2002.

II.- L'article 25 de la même loi est ainsi modifié :

1° Le II est complété par la phrase suivante : « Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret. » ;

2° Au I, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « huit ans » ;

3° L'article est complété par un V ainsi rédigé :

« V.- L'impact des financements attribués par le fonds au titre du II fait l'objet d'une évaluation au regard notamment de l'organisation, de la continuité et de la sécurité des soins ainsi qu'en ce qui concerne les dépenses des régimes obligatoires d'assurance maladie. Cette évaluation est transmise au Gouvernement et au Parlement au plus tard le 30 juin 2005. »

## **Exposé des motifs**

Alors que la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 prévoyait que les lois de financement de la sécurité sociale fixent chaque année le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV), la loi de financement pour 2001 a simplement fixé le montant des dépenses du fonds. Cette situation résultait des retards pris dans la mise en place et la montée en charge de ce dispositif, retards qui avaient induit des reports de crédits permettant de faire face en 2001 aux dépenses envisagées, sans recourir à un abondement supplémentaire du fonds.

En 2002, il est nécessaire de fixer à nouveau le montant de cette participation des régimes d'assurance maladie. Le présent projet prévoit donc de la fixer à 76,23 millions d'euros (500 MF), montant qui permet,

compte tenu des reports de crédits, de faire face à un niveau de dépenses identique à celui qu'avait retenu le Parlement pour 2001.

Le II prévoit, à la demande de la CNAMTS, que les frais de gestion du fonds seront désormais supportés par celui-ci : ils sont actuellement supportés par le fonds national de gestion administrative de la CNAMTS. La mesure, logique puisque le FAQSV est un fonds commun à tous les régimes d'assurance maladie, permettra d'améliorer la transparence de l'information sur le coût global de cette expérimentation.

Il vise également (2° et 3°) à proroger l'expérimentation jusqu'au 31 décembre 2006. Il prévoit à ce titre une évaluation de l'impact des financements accordés sur la période par le FAQSV, dans des délais permettant au Gouvernement et au Parlement d'en tirer les enseignements dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

## **Article 16**

I.- La section 2 du chapitre IV du titre VII du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

### *« Section 2*

#### ***« Dépenses afférentes aux soins dispensés dans les unités ou centres de long séjour***

*« Art. L. 174-5.- Dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, le montant des dépenses afférentes aux soins est fixé par le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation après avis du président du conseil général.*

*« Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres de long séjour, mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique, sont prises en charge suivant des modalités fixées par voie réglementaire, soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide médicale de l'Etat. Le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1 du présent code.*

*« Art. L. 174-6.- Les sommes dues au titre des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés au 2° de*

l'article L. 6111-2 du code de la santé publique sont versées à l'établissement ou au service, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'unité ou le centre de soins de longue durée. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans une unité ou un centre le nombre de ses ressortissants est le plus élevé.

« Les sommes versées aux unités et centres de soins de longue durée pour le compte des différents régimes sont réparties après accord entre tous les régimes ayant une organisation propre. A défaut d'accord entre les régimes, un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe cette répartition.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article. »

II.- L'article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie est ainsi modifié :

1° Le 1° est ainsi rédigé :

« 1° Un forfait global de soins fixé par l'autorité compétente de l'Etat, égal à la somme des forfaits de soins attribués en 2001, revalorisé chaque année dans la limite d'un taux d'évolution arrêté par les ministres chargés de la sécurité sociale, des personnes âgées et du budget en fonction de l'objectif national de dépenses d'assurances maladie voté par le Parlement, et destiné à financer l'augmentation des dépenses résultant exclusivement de la mise en place de mesures générales portant sur les salaires, les statuts ou le temps de travail des personnels pris en charge par l'assurance maladie ; ces taux peuvent être modulés, le cas échéant, selon les catégories d'établissements ; »

2° Au 3°, après les mots : « des tarifs journaliers afférents à l'hébergement », sont ajoutés les mots : « fixés par le président du conseil général, dans les établissements habilités à l'aide sociale ».

III. - Au deuxième alinéa du I de l'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 232-4 » sont remplacés par les mots : « ainsi qu'au troisième alinéa de l'article L. 232-4 ».



## **Exposé des motifs**

Le I vise à rétablir la base législative de la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses afférentes aux soins dans les unités ou centres de soins de longue durée (USLD) qui a été supprimée par l'abrogation des articles L. 6116-1 à L. 6116-3 du code de la santé publique.

L'abrogation des articles précités a supprimé la référence légale à la prise en charge par l'assurance maladie des dépenses de soins dans les USLD, qui représentent en 2001 plus de 1,2 milliard d'euros (8 milliards de francs). En effet les articles L. 174-5 et L. 174-6 du code de la sécurité sociale, portant sur les dépenses afférentes aux soins dispensés dans les USLD, renvoient aux articles abrogés. Il a paru donc nécessaire de rétablir le dispositif abrogé en réécrivant les articles L. 174-5 et L. 174-6 du code de la sécurité sociale.

Les deux articles proposés reprennent donc pour l'essentiel les dispositions abrogées du code de la santé publique :

- par l'article L. 174-5, il s'agit de prévoir, au premier alinéa, l'autorité compétente pour fixer le montant des dépenses de soins prises en charge par l'assurance maladie dans les USLD ; le deuxième alinéa prévoit la prise en charge des dépenses de soins par l'assurance maladie pour les assurés sociaux ou par l'aide médicale de l'Etat, pour les non assurés sociaux, en application de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles ;

- par l'article L. 174-6, il s'agit de prévoir aux premier et deuxième alinéas, le dispositif de prise en charge des dépenses d'assurance maladie par une caisse pivot et de répartition des charges entre les différents régimes d'assurance maladie.

Le II vise, dans son 1°, à assouplir, pour la part afférente aux soins, le dispositif de tarification transitoire prévu par l'article 5 de la loi du 20 juillet 2001 susvisée, applicable aux établissements hébergeant des personnes âgées, non signataires d'une convention tripartite.

Celui-ci prévoit en effet que le financement de l'assurance maladie est strictement limité à la somme des forfaits de soins attribués en 2001.

Or, en 2002, ces établissements devront obligatoirement supporter les augmentations générales de traitement, les mesures catégorielles et l'incidence de la réduction du temps de travail.

La modification proposée permet de faire évoluer la contribution de l'assurance maladie, d'un taux d'évolution fixé par arrêté interministériel et tenant compte de ces dépenses nouvelles de personnel.

Ce taux d'évolution peut être différencié en fonction de l'incidence de ces mesures sur les différentes catégories d'établissements. L'aménagement et la réduction du temps de travail a, par exemple, déjà été mise en place dans le secteur privé.

Le 2° du II complète le 3° de l'article 5 de la loi précitée en précisant la compétence tarifaire du président du conseil général pour les dépenses d'hébergement des établissements habilités à l'aide sociale. Dans sa rédaction actuelle, le 3° de l'article 5 omet en effet de préciser l'autorité compétente.

Le III vise à harmoniser les ressources prises en compte pour l'attribution de l'allocation personnalisée d'autonomie en établissement avec celles prises en compte lorsque le bénéficiaire réside à domicile.

## **Article 17**

L'ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements sanitaires et sociaux mentionnés à l'article L. 792 du code de la santé publique est ainsi modifiée :

1° L'article 1<sup>er</sup> est ainsi rédigé :

« *Art. 1<sup>er</sup>.* - Le temps de travail des agents des établissements mentionnés à l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière, est réduit dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat. Ce décret fixe également les règles relatives à l'organisation du travail des mêmes agents en tenant compte de la spécificité des missions exercées par ces établissements, et selon des modalités analogues à celles applicables aux agents des autres fonctions publiques. » ;

2° Les articles 2 à 7 sont abrogés à compter de l'entrée en vigueur des décrets d'application de l'article 1<sup>er</sup>.

## **Exposé des motifs**

La réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière prendra effet, comme dans l'ensemble de la fonction publique, au 1<sup>er</sup> janvier 2002.

Cette réforme ne peut se mettre en place, compte tenu des missions et des modes de fonctionnement et d'organisation du travail dans les établissements publics relevant de l'article 2 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986, qu'avec des créations d'emplois. C'est pourquoi, le Gouvernement a pris la décision de créer 45 000 emplois spécifiques pour la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière.

Ces 45 000 emplois seront pourvus sur les trois années 2002 à 2004. En 2002, ce sont l'équivalent de 12 300 emplois qui pourront être pourvus soit 27,5 % du total des créations.

### **Article 18**

Au cinquième alinéa du 2° de l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique, les mots : « 0,8 % » sont remplacés par les mots : « 1,8 % ».

### **Exposé des motifs**

Le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) a été créé par l'article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994 relative à l'organisation du temps de travail, aux recrutements et aux mutations dans la fonction publique. Ce fonds est actuellement financé par une contribution des établissements mentionnés à l'article 2 du titre IV de la fonction publique portée au taux plafond autorisé par la loi, soit 0,8 % des rémunérations soumises à retenues pour la pension par le décret n° 2000-23 du 12 janvier 2000.

Le FEH a pour mission de prendre en charge les deux tiers des surcoûts des rémunérations des agents à temps partiel à 80 % (rémunérés à 86 %) et à 90 % (rémunérés à 91 %), les deux tiers de l'indemnité exceptionnelle de 30 % des agents en cessation progressive d'activité, le remboursement des engagements de servir des agents contraints d'effectuer une mobilité professionnelle à la suite d'une réorganisation ou pour suivre un conjoint et le complément de traitement (0,15 %) des agents de catégorie C en congé de formation professionnelle dans le cadre du protocole du 14 mars 2000. Ces prestations représentent

plus de 70 % des dépenses du FEH. Depuis 1999 (loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999), le FEH finance le remboursement aux établissements de santé du revenu de remplacement que ceux-ci versent aux bénéficiaires du congé de fin d'activité (prorogé en 2000 et 2001).

Ce fonds est géré par la Caisse des dépôts et consignations.

Compte tenu de la forte mobilisation du fonds liée au succès des divers dispositifs qu'il finance, il est nécessaire de majorer la cotisation des établissements, en portant le taux à 1,8 %. Ainsi, le fonds sera en capacité d'assurer la couverture budgétaire relative à ses missions.

## Section 2

### **Branche accidents du travail**

#### **Article 19**

I.- Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionnée au VII de l'article 53 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, est fixé comme suit :

1° 2,875 milliards de francs au titre de l'année 2001 ;

2° 76,22 millions d'euros au titre de l'année 2002.

II.- Le II de l'article 53 de la même loi est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'établissement emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition. Il emploie également des agents contractuels de droit public avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. L'établissement peut également faire appel à des agents contractuels de droit privé pour occuper des fonctions exigeant une qualification particulière dans le domaine de l'indemnisation des préjudices ou des maladies professionnelles. Les agents contractuels employés par le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante sont tenus au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles qui sont définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. »

### **Exposé des motifs**

Conformément aux dispositions du VII de l'article 53 de la loi de financement pour 2001, la loi de financement de la sécurité sociale fixe chaque année le montant de la participation de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante. La contribution de la branche, d'un total de 514,5 millions d'euros, couvre la période entre le début d'activité du fonds (fin 2001) et le 31 décembre 2002.

Afin de permettre un démarrage rapide de son activité, il est nécessaire de permettre au fonds de recruter, outre des fonctionnaires et des agents contractuels de droit public, des juristes qualifiés que l'on ne trouve pas toujours au sein du secteur public dans le domaine très spécifique de la réparation du dommage corporel.

### **Article 20**

I.- Le premier alinéa du III de l'article 40 de la loi n° 98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la sécurité sociale pour 1999 est abrogé.

II.- L'article L. 434-1 du code de la sécurité sociale est complété par un quatrième alinéa ainsi rédigé :

« Les montants du barème sont revalorisés selon les modalités prévues à l'article L. 434-17. »

### **Exposé des motifs**

I.- En application des dispositions de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, modifié par la loi de financement pour 2000, la demande de reconnaissance d'une maladie professionnelle imputable à l'amiante peut être, sur demande présentée jusqu'au 27 décembre 2001, instruite ou réinstruite pourvu que la première constatation médicale soit intervenue entre le 1<sup>er</sup> janvier 1947 et le 29 décembre 1998, sans que soient opposées les règles de prescription prévues en matière de maladies professionnelles par le code de la sécurité sociale. L'indemnisation de la victime revient toutefois à la branche

accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale et non à l'employeur.

Environ 2 000 victimes de l'amiante ont déjà fait usage de cette possibilité.

La mise en place du fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante n'enlève pas de sa pertinence à cette disposition qui permet à la victime de bénéficier d'abord d'une réparation par le régime des accidents du travail, que l'indemnisation du fonds complètera, et de voir reconnue le cas échéant la faute inexcusable de l'employeur.

A partir du 30 décembre 1998, les règles de prescription des maladies professionnelles sont modifiées : ce n'est plus la date de la première constatation médicale -date dont la victime n'a connaissance qu'*a posteriori*- qui est le point de départ de la prescription, mais la date à laquelle la victime est informée par un certificat médical du lien possible entre sa maladie et une activité professionnelle. La victime peut donc faire valoir ses droits en toute connaissance de cause dans la période de deux ans qui suit cette dernière date, et la levée de la prescription ne se justifie pas pour les cas de maladies détectées après 1998.

II.- Les victimes atteintes d'un taux d'incapacité permanente partielle (IPP) inférieur à 10 % sont indemnisées en capital, selon un barème dont les montants n'ont pas été revus depuis 1986. La disposition a pour but de faire évoluer les montants du barème comme celui des rentes, qui sont indexées sur le montant des pensions.

Le coût global de ces mesures est de 20 millions d'euros (131 MF).

## **Article 21**

I.- Le chapitre VI du titre VII du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est intitulé : « Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ».

II.- Au premier alinéa de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « affections non prises en charge » sont remplacés par les mots : « accidents et affections non pris en charge en application du livre IV ».

III.- Au II de l'article 30 de la loi n° 96-1160 du 27 décembre 1996 de financement de la sécurité sociale pour

1997, les mots : « au I » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale ».

IV.- Pour 2002 et à titre provisionnel, la part de ce versement relative aux accidents non pris en compte en application du livre IV du code de la sécurité sociale est fixée à 152,45 millions d'euros.

### **Exposé des motifs**

La sous-déclaration des maladies professionnelles justifie le principe d'un versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale à la branche maladie, maternité, invalidité, décès, à laquelle est laissée la charge des affections non déclarées. En 2001, le montant de ce versement est de 945 millions de francs (144 millions d'euros).

La commission chargée, en application de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997, d'évaluer le montant de ce versement a, au cours de ses travaux, pu affirmer l'existence d'une sous-déclaration non seulement des maladies professionnelles, mais aussi des accidents du travail dont se sont également fait l'écho le récent rapport de M. MASSE et, depuis longtemps, les organisations syndicales.

Suivant la même démarche que celle qui a amené le législateur en 1996 à instituer un versement de compensation au titre des maladies professionnelles et à fixer un premier montant à titre provisionnel pour 1997, il est proposé de retenir pour 2002 un montant provisionnel de 152,45 millions d'euros (1 milliard de francs) au titre des accidents du travail, qui pourra être ajusté au cours des exercices suivants, en fonction des conclusions de la commission évoquée précédemment.

### **Section 3 Branche famille**

#### **Article 22**

I.- Il est créé, au chapitre II du titre II du livre I<sup>er</sup> du code du travail, un article L. 122-25-4 ainsi rédigé :

« Art. L. 122-25-4.- Après la naissance de son enfant et

dans un délai fixé par décret, le père salarié bénéficie d'un congé de paternité de onze jours consécutifs entraînant la suspension de son contrat de travail. Le salarié qui souhaite bénéficier du congé de paternité doit avertir son employeur au moins un mois avant la date à laquelle il entend prendre son congé, en précisant la date à laquelle il entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail. »

II.- L'article L. 122-26 du code du travail est ainsi modifié :

1° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

« Tout salarié à qui un service départemental d'aide sociale à l'enfance ou un organisme autorisé pour l'adoption confie un enfant en vue de son adoption a le droit de suspendre le contrat de travail pendant une période de dix semaines au plus à dater de l'arrivée de l'enfant au foyer, vingt-deux semaines en cas d'adoptions multiples. Cette période est fixée à dix-huit semaines si l'adoption a pour effet de porter à trois ou plus le nombre d'enfants dont le salarié ou le ménage assume la charge dans les conditions prévues aux articles L. 512-3 et suivants et L. 521-1 du code de la sécurité sociale. Les parents salariés bénéficient alors de la protection instituée à l'article L. 122-25-2. L'adoption d'un enfant par un couple de parents salariés ouvre droit à onze jours supplémentaires de congé d'adoption à la condition que la durée de celui-ci soit répartie entre les deux parents. En ce cas, la durée du congé ne peut être fractionnée en plus de deux périodes, dont la plus courte ne saurait être inférieure à onze jours. Ces deux périodes peuvent être simultanées. » ;

2° Le septième alinéa est ainsi rédigé :

« Le père ou la mère avertit l'employeur du motif de son absence et de la date à laquelle il ou elle entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail. »

III.- Au troisième alinéa de l'article L. 226-1 du code du travail, les mots : « en vertu des articles L. 122-26 et L. 122-26-1 » sont remplacés par les mots : « dans le cadre du congé de maternité prévu au premier alinéa de l'article L. 122-26 ».

IV.- Le 5° de l'article 34 de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat est complété par un alinéa ainsi rédigé :



« Au congé de paternité en cas de naissance ou d'adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. »

V.- Le 5° de l'article 57 de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Au congé de paternité en cas de naissance ou d'adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. »

VI.- Le 5° de l'article 41 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 modifiée portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Au congé de paternité en cas de naissance ou d'adoption, avec traitement, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. »

VII.- Le 2° de l'article 53 de la loi n° 72-662 du 13 juillet 1972 portant statut général des militaires est complété par l'alinéa suivant :

« Des congés pour paternité en cas de naissance ou d'adoption, avec solde, d'une durée égale à celle prévue par la législation sur la sécurité sociale. »

VIII.- L'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Au deuxième alinéa, après les mots : « de maternité », sont insérés les mots : « de paternité » ;

2° Au troisième alinéa, les mots : « et de maternité » sont remplacés par les mots : « , de maternité et de paternité ».

IX.- Au 7° du II de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « de la maternité » sont remplacés par les mots : « de la maternité ou de la paternité ».

X.- A l'article L. 311-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « ainsi que de maternité » sont remplacés par les mots : « de maternité, ainsi que de paternité ».

XI.- Au titre III du livre III du code de la sécurité sociale, il est inséré avant le chapitre I<sup>er</sup> un article L. 330-1 ainsi rédigé :

« *Art. L.330-1.* - L'assurance maternité a pour objet :

« 1° La couverture des frais visés à l'article L. 331-2 ;

« 2° L'octroi d'indemnités journalières dans les conditions visées aux articles L. 331-3 à L. 331-7 et L. 333-1 à L. 333-3. » ;

« 3° L'octroi des indemnités journalières visées à l'article L. 331-8 pour le compte de la Caisse nationale des allocations familiales et contre remboursement dans les conditions prévues à l'article L. 223-1. »

XII.- Le titre III du livre III du code de la sécurité sociale est ainsi modifié

a) L'intitulé du titre III est ainsi rédigé : « Assurance maternité et congé de paternité » ;

b) Le titre du chapitre I<sup>er</sup> est ainsi rédigé : « Dispositions propres à l'assurance maternité et au congé de paternité » ;

c) Il est inséré, au chapitre I<sup>er</sup>, une section 4 ainsi rédigée :

« *Section 4*

« ***Dispositions relatives à l'indemnisation du congé de paternité*** »

« *Art. L. 331-8.*- Après la naissance de son enfant et dans un délai fixé par décret, le père assuré reçoit pendant une durée maximale de onze jours consécutifs et dans les mêmes conditions d'ouverture de droit, de liquidation et de service, l'indemnité journalière visée à l'article L. 331-3, sous réserve de cesser toute activité salariée ou assimilée.

« L'indemnité journalière n'est pas cumulable avec l'indemnisation des congés maladie et d'accident du travail, ni avec l'indemnisation par l'assurance chômage ou le régime de solidarité.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »

XIII.- La dernière phrase de l'article L. 331-7 du code de la sécurité sociale est remplacée par les dispositions suivantes :

« Dans ce cas, la période d'indemnisation est augmentée de onze jours et ne peut être fractionnée en plus de deux parties, dont la plus courte est au moins égale à onze jours. »

XIV.- Les articles L. 532-4 et L. 544-8 du code de la sécurité sociale sont modifiés ainsi qu'il suit :

1° Au deuxième alinéa, les mots : « de maternité » sont remplacés par les mots : « de maternité, de paternité » ;

2° Le troisième alinéa est remplacé par les dispositions suivantes :

« 2° L'indemnité d'interruption d'activité ou l'allocation de remplacement pour maternité ou paternité, prévue aux articles L. 615-19 à L. 615-19-2 et L. 722-8 à L. 722-8-3 du présent code, aux articles L. 732-10 à L. 732-12-1 du code rural et à l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines. »

XV.- A. - A la sous-section 2 de la section 3 du chapitre IV du titre I<sup>er</sup> du livre VI du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 615-19-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 615-19-2.*- Les pères qui relèvent à titre personnel du régime institué au présent titre bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, de l'indemnité journalière forfaitaire mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 615-19.

« Les pères conjoints collaborateurs remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa de l'article L. 615-19-1 bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, de l'indemnité complémentaire visée au troisième alinéa dudit article.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée d'attribution des prestations. »

B.- A la section 3 du chapitre II du titre II du livre VII du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 722-8-3 ainsi rédigé :

« *Art. L. 722-8-3.*- Les pères relevant à titre personnel du régime institué au présent chapitre bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de cesser toute activité professionnelle, de l'indemnité journalière forfaitaire mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 722-8.

« Les pères conjoints collaborateurs remplissant les conditions mentionnées au premier alinéa des articles L. 722-8-1 et L. 722-8-2 bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans les travaux, professionnels ou ménagers, qu'ils effectuent habituellement, de l'indemnité complémentaire visée au troisième alinéa desdits articles.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée d'attribution des prestations. »

XVI.- A.- Aux articles L. 711-8 et L. 713-14 du code de la sécurité sociale, les mots : « L. 331-5 et L. 331-7 » sont remplacés par les mots : « L. 331-5, L. 331-7 et L. 331-8 » et le mot : « assurées » est remplacé par le mot : « assurés ».

B.- A l'article L. 712-3 du code de la sécurité sociale, les mots : « maternité et » sont remplacés par les mots : « maternité, paternité et ».

XVII.- Après l'article L. 732-12 du code rural, il est inséré un article L. 732-12-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 732-12-1* - Les pères appartenant aux catégories mentionnées aux 1° et 2°, au *a* du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée à leur foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans leurs travaux, d'une allocation de remplacement.

« Un décret détermine les modalités d'application du présent article et notamment les montants et la durée maximale d'attribution de la prestation. »

XVIII.- L'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le père participant du régime de pension défini au I de l'article 16 bénéficie, sur sa demande, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée au foyer d'un enfant, de la couverture partielle des frais exposés pour assurer son remplacement dans les travaux de l'entreprise qu'il effectue habituellement. Le montant de cette couverture est identique à celui alloué à la conjointe participante visée au premier alinéa du présent article. Un décret en Conseil d'Etat détermine le montant et la durée d'attribution dudit avantage. »

XIX.- Au III de l'article L. 41 du code des pensions de retraite des marins, après le mot : « maternité », sont ajoutés les mots : « ou de congé de paternité prévu par l'article L. 122-25-4 du code du travail ».

XX.- Au seizième alinéa de l'article 9 et à l'article 9-1 de l'ordonnance n° 77-1102 du 26 septembre 1977 portant extension et adaptation au département de Saint-Pierre-et-Miquelon de diverses dispositions relatives aux affaires sociales, les mots : « à L. 331-7 » sont remplacés par les mots : « à L. 331-8 ».

### **Exposé des motifs**

Le présent article donne la possibilité aux pères, après la naissance d'un enfant ou son arrivée au foyer dans le cadre d'une adoption, de cesser leur activité pendant une période maximale de onze jours et de percevoir pendant cette durée une indemnité identique à celle versée aux mères pendant leur congé de maternité.

Le I crée un congé de paternité au bénéfice des salariés ; ce congé devra être pris en règle générale dans un délai de quatre mois suivant la naissance. Le délai de préavis est le délai de droit commun, soit un mois.

Le II accroît par cohérence de onze jours la durée du congé d'adoption lorsque ce congé est partagé par le père et la mère et réduit de quatre semaines à onze jours la durée minimale du congé du père en cas de fractionnement. Il précise que le congé des deux parents peut être simultané.

Le III modifie l'article L. 226-1 du code du travail pour ne pas exclure la possibilité d'un cumul entre le congé de paternité et le congé de trois jours accordé à la naissance d'un enfant.

Les IV à VII créent un congé de paternité pour les fonctionnaires de la fonction publique d'Etat (et, par renvoi, pour les magistrats), de la fonction publique territoriale et de la fonction publique hospitalière et pour les militaires.

Les VIII et X prévoient la couverture de la charge de paternité par la sécurité sociale ; le XI indique que ce risque est couvert par l'assurance maternité dont il précise le champ. Le IX prévoit l'assujettissement de l'indemnité versée aux pères à la CSG.

Le XII prévoit que les assurés au régime général bénéficient, s'ils en remplissent les conditions d'ouverture de droit, de l'indemnité versée aux femmes en congé de maternité pendant la durée de leur cessation d'activité. Les dispositions de maintien de droit prévues par ailleurs s'appliquent dans les mêmes conditions que pour les prestations versées en cas de maternité. Un décret précisera notamment les conditions d'attestation de la cessation d'activité.

Le XIII augmente, par cohérence avec les dispositions du II, la durée indemnisée au titre du congé d'adoption de onze jours.

Le XIV interdit le cumul de l'indemnité versée aux pères avec l'allocation parentale d'éducation et l'allocation de présence parentale.

Le XV prévoit l'indemnisation des pères assurés à titre personnel au régime des professions indépendantes ou conjoints collaborateurs pendant la cessation de leur activité. La durée du congé sera également de onze jours au maximum et l'indemnité fixée selon les modalités de calcul de l'indemnité forfaitaire perçue par les femmes en congé de maternité.

Le XVI assure la cohérence des dispositions applicables aux régimes spéciaux, dont les salariés bénéficieront également d'un droit à congé et à indemnité.

Les XVII et XVIII prévoient de faire bénéficier les bénéficiaires du régime de protection des personnes non salariées du régime agricole et les conjoints de patron propriétaire embarqué ou de chef d'exploitation ou d'entreprise de culture marine des dispositions d'indemnisation applicables aux femmes en maternité.

Le XIX prévoit, comme c'est le cas pour les prestations versées au titre de la maternité, l'assujettissement de l'indemnité versée aux marins à la cotisation pour l'assurance vieillesse.

Le XX rend l'indemnisation du congé de paternité applicable à Saint-Pierre-et-Miquelon, le code du travail s'y appliquant de plein droit.

### **Article 23**

I.- L'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est complété par trois alinéas ainsi rédigés :

« 6° D'assurer le remboursement des indemnités ou allocations versées dans les conditions fixées par les articles L. 331-8, L. 615-19-2 et L. 722-8-3 du code de la sécurité sociale, les articles L. 732-12-1 et L. 742-3 du code rural et le cinquième alinéa de l'article 17 de la loi n° 97-1051 du 18 novembre 1997 d'orientation sur la pêche maritime et les cultures marines, ainsi que des frais de gestion afférents au service de ces indemnités ou allocations dont le montant est fixé par arrêté ministériel ;

« 7° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération brute, déduction faite des indemnités, des avantages familiaux et des cotisations et contributions sociales salariales, servie pendant la durée du congé de paternité aux ouvriers sous statut de l'Etat, aux magistrats, aux militaires et aux fonctionnaires visés à l'article 2 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 modifiée portant droits et obligations des fonctionnaires ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret ;

« 8° D'assurer le remboursement, dans la limite du plafond de la sécurité sociale, de la rémunération soumise à cotisation au titre des allocations familiales, déduction faite des cotisations et contributions sociales salariales, versée aux agents bénéficiant des régimes spéciaux de la Société nationale des chemins de fer français, de la Régie autonome des transports parisiens, des industries électriques et gazières et de la Banque de France, pendant la durée du congé de paternité ; les modalités de ce remboursement sont fixées par décret. »

II.- L'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 2° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application des articles L. 331-8 et L. 722-8-3. »

III.- L'article L. 612-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 7° Le remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales des indemnités versées en application de l'article L. 615-19-2. »

IV.- L'article L. 732-13 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dépenses afférentes au service des allocations de remplacement versées en application de l'article L. 732-12-1 font l'objet d'un remboursement par la Caisse nationale des allocations familiales à l'Etat. »

### **Exposé des motifs**

Le présent article indique les conditions dans lesquelles le financement de l'indemnité ou de la rémunération versée aux pères en congé de paternité incombe à la Caisse nationale des allocations familiales. Il détermine les modalités de remboursement par celle-ci des organismes prestataires des indemnités ou des employeurs lorsqu'il y a maintien de la rémunération, ce qui est le cas notamment pour les agents bénéficiant de certains régimes spéciaux et pour les fonctionnaires des trois fonctions publiques, quelle que soit leur affectation, dans un service de l'Etat, dans une collectivité territoriale ou dans un établissement qui en dépend, dans un établissement public de santé ou médico-social ou dans un autre établissement comme La Poste et France Télécom.

### **Article 24**

Le compte de réserves affectées au financement du Fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance créé par l'article 23 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001 est abondé de 228,67 millions d'euros.

Ce montant est prélevé sur l'excédent de l'exercice 2000 de la branche famille du régime général de la sécurité sociale.

### **Exposé des motifs**

L'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a créé un Fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance.



La recette de ce fonds a été constituée par l'excédent de l'exercice 1999 de la branche famille à hauteur de 228,67 millions d'euros (1,5 milliard de francs) affecté à un compte de réserve spécifique.

Ce fonds est intégré dans le Fonds national d'action sociale de la CNAF. Il est retracé dans les dépenses exceptionnelles de ce fonds, il est donc sans impact sur le solde du régime général de la sécurité sociale.

Lors de la conférence sur la famille du 11 juin dernier, le Gouvernement a annoncé sa volonté d'abonder ce fonds d'une recette supplémentaire à hauteur de 228,67 millions d'euros (1,5 milliard de francs) pour renforcer la politique de développement de structures d'accueil de la petite enfance et attribuer des aides à l'équipement des assistances maternelles.

## **Article 25**

La part prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des dépenses visées au 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est égale à une fraction fixée à 30 % pour l'année 2002.

## **Exposé des motifs**

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 a prévu un allègement progressif de la charge résultant pour le Fonds solidarité vieillesse (FSV) du remboursement au régime général, aux régimes alignés sur lui (ORGANIC, CANCAVA, salariés agricoles) et au régime des exploitants agricoles de la majoration de pension pour enfants, en la transférant à la branche famille.

Pour l'année 2002, la fraction des majorations de pensions pour enfants prise en charge par la branche famille est fixée à 30 %. Ainsi que le Gouvernement s'y est engagé lors de l'examen de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, cette fraction est appelée à augmenter au cours des prochaines années, jusqu'à ce que la prise en charge par la branche famille devienne intégrale en 2007.

## Section 4

## **Branche vieillesse**

## **Article 26**

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

« *Art. L. 351-11.* - Au titre de l'année 2002, le coefficient de revalorisation applicable au 1<sup>er</sup> janvier aux pensions de vieillesse déjà liquidées ainsi qu'aux cotisations et salaires servant de base à leur calcul est de 2,2 %. »

### **Exposé des motifs**

Le présent article précise les modalités de revalorisation, au 1<sup>er</sup> janvier 2002, 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 2002, telle que prévue dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances pour 2002, est de 1,5 %.

Le Gouvernement souhaite de plus faire participer les retraités à la croissance et propose donc un taux de revalorisation pour 2002 de 2,2 %.

### **Article 27**

I.- Le code de la sécurité sociale est modifié comme suit :

1° Le titre de la section 4 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VIII du livre III est ainsi rédigé :

« *Section 4*  
« ***Ministres des cultes et membres des congrégations  
et collectivités religieuses***  
***(assurance maladie, assurance maternité  
et assurance invalidité)*** » ;

2° L'article L. 381-17 est modifié comme suit :

a) La première phrase du 1° est remplacée par les dispositions suivantes : « Par des cotisations personnelles assises sur une base forfaitaire et à la charge des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses » ;

b) Au 2°, les mots : « assurés, la cotisation due pour les titulaires d'une pension servie en application de l'article L. 721-1 étant réduite dans les conditions fixées par la voie réglementaire » sont remplacés par les mots : « les ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses » ;

c) Le dernier alinéa est supprimé ;

3° La section 4 du chapitre I<sup>er</sup> du titre VIII du livre III est complétée par une sous-section 9 intitulée : « Assurance invalidité » et comprenant un article L. 381-18-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 381-18-1.* - Les ministres des cultes et les membres des congrégations et collectivités religieuses mentionnés à l'article L. 381-12 ont droit à une pension d'invalidité lorsque leur état de santé les met dans l'incapacité totale ou partielle d'exercer, médicalement constatée et révisée selon une périodicité fixée par décret.

« Un décret détermine les modalités de calcul du montant de la pension.

« La pension d'invalidité est remplacée, à l'âge fixé en application du deuxième alinéa de l'article L. 721-5, par la pension de vieillesse prévue à la section 2 du chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre VII.

« La pension d'invalidité est majorée d'un montant fixé par décret lorsque le titulaire se trouve dans l'obligation d'avoir recours à l'aide constante d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie. » ;

4° A l'article L. 721-1, les mots : « les risques vieillesse et invalidité » sont remplacés par les mots : « le risque vieillesse » ;

5° La dernière phrase du premier alinéa de l'article L. 721-2 est ainsi rédigée :

« Il gère les quatre sections suivantes : assurance maladie, maternité et invalidité, assurance vieillesse, action sanitaire et sociale et gestion administrative. » ;

6° Au 1° de l'article L. 721-3, les mots : « ou de la pension mentionnée à l'article L. 721-9 » sont supprimés ;

7° Le 3° de l'article L. 721-5 est remplacé par les dispositions suivantes :

« 3° Des personnes atteintes d'une incapacité totale ou partielle d'exercer dans les conditions prévues à l'article L. 381-18-1. » ;

8° A l'article L. 721-5-1, les mots : « à l'article L. 721-11-1 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 381-18-1 » ;

9° La section 3 du chapitre I<sup>er</sup> du titre II du livre VII est abrogée.

II.- Une convention conclue entre l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes détermine les conditions dans lesquelles les réserves du fonds d'assurance invalidité de la Caisse d'assurance vieillesse, invalidité et maladie des cultes sont mises à la disposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.

III.- Les dispositions du I s'appliquent à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002.

### **Exposé des motifs**

Les branches maladie et vieillesse du régime de sécurité sociale des ministres des cultes et des membres des associations, congrégations et collectivités religieuses ont été intégrées financièrement au régime général de sécurité sociale. Dans le même temps s'est engagé le processus d'alignement de la situation des assurés du régime des cultes sur celle des assurés du régime général, tant en maladie qu'en vieillesse.

En revanche, il n'en a pas été de même pour le risque invalidité demeuré rattaché à la branche vieillesse et qui fait l'objet de cotisations spécifiques. Par ailleurs, l'assurance invalidité des cultes ne couvre que le cas d'incapacité totale.

Aussi, dans un souci d'achèvement d'une part de l'intégration financière et d'autre part de l'alignement de la situation des assurés du régime des cultes sur celle des assurés du régime général, le présent article modifie l'article L. 381-17 du code de la sécurité sociale afin d'appliquer le même taux de cotisation d'assurance maladie que dans le régime général sur une assiette forfaitaire égale au SMIC ; par ailleurs, il aligne les conditions d'attribution d'une pension d'invalidité sur celles du régime général, rattache le

risque invalidité à la branche maladie et, par voie de convention avec l'ACOSS, met à la disposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés les réserves de l'actuel fonds d'assurance invalidité.

### **Article 28**

I.- Au II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale, les taux de : « 50 % » et de : « 30 % » sont remplacés respectivement par les taux de : « 65 % » et de : « 15 % ».

II.- Au 5° de l'article L. 135-7 du code de la sécurité sociale, le taux de : « 50 % » est remplacé par le taux de : « 65 % ».

III.- Les dispositions du présent article sont applicables aux versements à recevoir par les organismes visés au II de l'article L. 245-16 du code de la sécurité sociale à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002. Elles s'appliquent à tous les produits notifiés à compter de cette date.

### **Exposé des motifs**

Cet article modifie les ressources du Fonds de réserve pour les retraites (FRR).

En premier lieu, il modifie la répartition du prélèvement social de 2 % assis sur les revenus financiers au profit de ce fonds.

Ce prélèvement est actuellement réparti comme suit : 20 % pour le Fonds de solidarité vieillesse (FSV), 50 % pour le FRR et 30 % pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAVTS).

Il est proposé, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002, de porter à 65 % la part de ce prélèvement affectée au FRR et de réduire à 15 % celle affectée à la CNAVTS.

Cette mesure permet de majorer de 304,9 M€ (2 000 MF) les recettes du FRR.

Il convient par ailleurs de préciser que la loi de finances rectificative pour 2001 ainsi que la loi de finances pour 2002 vont modifier au profit du FRR, pour 2001 et 2002, la répartition du produit des licences de téléphonie mobile UMTS, en diminuant la part affectée à la caisse d'amortissement de la dette publique. Le FRR bénéficiera ainsi de recettes supplémentaires à hauteur de 7 MdF (1 067,5 millions d'euros) en 2001 et de 2 134,2 millions

d'euros (14 MdF) en 2002. Cette mesure est prise en compte dans les prévisions de recettes retracées aux I et II de l'article 8 de la présente loi.

### **Article 29**

La Caisse nationale des allocations familiales verse en 2002 la somme de 762 millions d'euros au Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L.135-6 du code de la sécurité sociale. Cette somme est prélevée sur le résultat excédentaire 2000 de la branche famille, après affectation d'une fraction de celui-ci au Fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance créé par l'article 23 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget fixe la date à laquelle ce versement est effectué.

### **Exposé des motifs**

Le présent article vise à effectuer en 2002 au profit du Fonds de réserve pour les retraites un versement exceptionnel de 762 millions d'euros (5 000 MF). Ce versement est opéré par prélèvement sur le résultat excédentaire 2000 de la branche famille, une fois réalisé l'abondement du fonds d'investissement pour les crèches créé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

### Section 5

### **Objectifs de dépenses par branche pour les années 2001 et 2002**

### **Article 30**

Pour 2002, 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 d'euros  
En droits constatés

- Maladie-maternité-invalidité-décès .....	125,05
- Vieillesse-veuvage .....	136,06
- Accidents du travail .....	8,40
- Famille .....	41,99
- Total des dépenses .....	311,53

**Exposé des motifs**

Pour la première fois, la loi de financement est présentée en euros et en droits constatés. Les chiffres correspondants, en milliards de francs, sont les suivants :  
maladie-maternité-invalidité-décès : 820,27 ;  
vieillesse-veuvage : 892,69 ; accidents du travail : 55,1 ;  
famille : 275,44 ; total des dépenses : 2043,5.

**Article 31**

Pour 2001, les objectifs révisés 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  
En encaissements-décaissements

- Maladie-maternité-invalidité-décès .....	784,30
- Vieillesse-veuvage .....	830,80
- Accidents du travail .....	57,90
- Famille .....	275,90
- Total des dépenses .....	1 948,90

**Exposé des motifs**

Par sa décision n° 2000-437 DC du 19 décembre 2000 sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, le Conseil constitutionnel a considéré que la loi de financement de la sécurité sociale pour l'année suivante pouvait tenir lieu de loi de financement de la sécurité sociale rectificative pour l'année en cours.

Par sa décision n° 2000-441 DC du 28 décembre 2000 sur la loi de finances rectificative pour 2001, le Conseil constitutionnel a annulé un transfert financier au motif qu'aucune loi de financement de la sécurité sociale n'avait pris en compte l'incidence de cette opération et qu'aucune ne pourrait plus le faire avant la fin de l'exercice considéré.

Cette jurisprudence conduit à réécrire, dans les dispositions rectificatives de la loi de financement de la sécurité sociale, l'ensemble des prévisions de recettes et des objectifs de dépenses.

Le tableau contenu dans cet article corrige ainsi les prévisions de dépenses de 2001 pour tenir compte d'une dotation supplémentaire au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante opérée par l'article 26 de la présente loi.

Il est établi selon la méthode comptable des encaissements-décaissements et en francs à l'instar du tableau équivalent figurant dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 qu'il rectifie.

## Section 6 **ONDAM**

### **Article 32**

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 112,62 milliards d'euros pour l'année 2002.

### **Exposé des motifs**

Pour la première fois, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) est fixé en comptabilité de droits constatés et non plus en comptabilité d'encaissements-décaissements.



Section 7

**Mesures relatives à la trésorerie, à la comptabilité et à  
l'organisation financière**

**Article 33**

I.- Au sein du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est inséré, après le chapitre III, un chapitre III *bis* rédigé comme suit :

*« CHAPITRE III bis  
« Modernisation et simplification  
du recouvrement des cotisations de sécurité sociale*

*« Section 1  
« Modernisation et simplification  
des formalités au regard des entreprises*

*« Art. L. 133-5.- Les déclarations sociales que les entreprises et autres cotisants sont tenus d'adresser aux organismes gérant des régimes de protection sociale relevant du présent code et du code rural ou visés aux articles L. 223-16 et L. 351-21 du code du travail peuvent être faites par voie électronique, soit directement auprès de chacun de ces organismes soit auprès d'un organisme désigné par eux à cet effet et agréé ou, à défaut, désigné par l'Etat.*

*« L'accusé de réception des déclarations effectuées par voie électronique est établi dans les mêmes conditions.*

*« Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale fixe la liste des déclarations et la date à compter de laquelle celles-ci peuvent être effectuées par voie électronique.*

*« Toute entreprise ou autre cotisant, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou, le cas échéant, le ministre de l'agriculture, peut bénéficier d'un service d'aide à l'élaboration des déclarations sociales relatives aux salaires versés ainsi qu'à l'élaboration des bulletins de paye prévus à l'article L. 243-3 du code du travail ; ce service est ouvert, sur adhésion, auprès de l'organisme visé au premier alinéa du présent article.*

*« Les organismes visés au présent article, pour l'exercice de leurs missions, collectent et conservent le numéro national d'identification des personnes physiques pour chaque salarié déclaré, dans des conditions sécurisées, fixées par décret en*

Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« Pour les déclarations devant être accompagnées d'un paiement, l'inscription au service de télérèglement dispense l'entreprise ou autre cotisant de toute autre formalité préalable à l'utilisation du télérèglement.

« *Section 2*

« ***Modernisation et simplification des formalités  
au regard des travailleurs indépendants***

« *Art. L. 133-6.*- Les travailleurs indépendants, ou les futurs travailleurs indépendants, reçoivent de la part des organismes en charge du recouvrement des cotisations de sécurité sociale mentionnés aux articles L. 131-6, L. 642-1 et L. 723-6 du présent code une information concertée et coordonnée portant sur l'ensemble des droits et obligations en matière de prestations et de cotisations et contributions de sécurité sociale résultant d'une activité professionnelle emportant assujettissement à ces cotisations et contributions, ainsi que, à leur demande, une simulation de calcul indicative de ces dernières ; cette information peut être réalisée sur supports papier et électronique, par voie téléphonique et par l'accueil des intéressés.

« Les personnes exerçant une activité non salariée non agricole soumise aux cotisations de sécurité sociale mentionnées au premier alinéa de l'article L. 131-6 ainsi qu'aux articles L. 642-1 et L. 723-6 reçoivent un document indiquant le montant et les dates d'échéance de l'ensemble des cotisations de sécurité sociale et contributions dont elles sont redevables l'année suivante au regard de leurs derniers revenus connus suivant des modalités fixées soit par une convention conclue à cet effet entre tout ou partie des organismes en charge du recouvrement desdites cotisations et contributions soit, à défaut, par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale.

« Lorsque les travailleurs indépendants sont redevables à l'égard d'un ou plusieurs organismes chargés du recouvrement d'une dette de cotisations ou contributions sociales dont le montant et l'ancienneté sont fixés par décret, ces organismes mettent en œuvre un recouvrement amiable et contentieux conjoint, concerté et coordonné.

« Un décret fixe les modalités d'application du présent article. »

II.- A.- Au premier alinéa de l'article L. 118-6 du code du travail, les mots : « ainsi que pour ceux occupant dix salariés au plus » sont remplacés par les mots : « ainsi que ceux occupant dix salariés au plus au 31 décembre précédant la date de conclusion du contrat, » ;

B.- Après le premier alinéa de l'article L. 242-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation au précédent alinéa, la part de cotisations incombant à chaque employeur peut être déterminée comme si le salarié occupait un emploi à temps partiel dans chacun des établissements employeurs. »

III.- Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 133-6 issues du I sont applicables à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002 ; celles des deuxième et troisième alinéas sont applicables aux cotisations de sécurité sociale et contributions dues au titre des années 2002 et suivantes et à celles recouvrées dans les mêmes conditions.

### **Exposé des motifs**

L'article 33 poursuit un double objectif : moderniser les déclarations sociales et simplifier la vie des entreprises et des travailleurs indépendants au regard de leurs obligations sociales.

Il s'agit tout d'abord d'affirmer la règle de la dématérialisation des déclarations sociales qui, progressivement, pourront toutes être réalisées par voie électronique. Ces déclarations sociales (dont la liste et la date de mise en œuvre seront fixées par arrêté) pourront être adressées soit directement à l'organisme de protection sociale destinataire en vertu de la réglementation en vigueur, soit à un organisme constitué par l'ensemble des organismes sociaux et agréé ou désigné par l'Etat, qui se verra ainsi conférer la mission d'interface unique, facultative et gratuite entre les employeurs et les multiples organismes sociaux pour toutes les déclarations sociales par internet.

En second lieu, les employeurs, dans des conditions à définir par arrêté, pourront bénéficier, de la part de cet organisme fédérateur, d'un service d'aide à l'élaboration de ces déclarations sociales et des bulletins de paie. Pour exercer cette mission, l'organisme désigné pour mettre en œuvre ce service utilisera le NIR des salariés.

Si la solution du recours aux nouvelles technologies est privilégiée, les entreprises qui ne disposent pas d'un

accès à internet pourront bénéficier d'une assistance en fournissant, selon les formes choisies (courrier, télécopie, visite), les éléments nécessaires au calcul de la paie et à l'établissement des déclarations sociales, soit à un tiers de confiance qui disposera d'un outil informatique développé par les URSSAF, déjà mis en œuvre pour les associations et utilisé à titre expérimental pour les petites entreprises, soit à l'URSSAF qui pourra alors utiliser l'outil développé par l'organisme constitué à cet effet.

En ce qui concerne plus particulièrement les travailleurs indépendants, l'article 31 institue à leur profit une série de droits nouveaux : ceux qui débutent leur activité recevront, dès le 1<sup>er</sup> janvier 2002, une information complète, commune à l'ensemble des régimes de protection sociale dont ils relèvent. Une simulation de calcul indicative des cotisations et contributions du début d'activité ou en régime de croisière pourra être demandée. Les travailleurs indépendants recevront, pour les cotisations et contributions dont ils sont redevables au titre de l'année 2002 un échéancier mentionnant l'ensemble de ces charges, détaillées par organisme affectataire. Enfin, en cas de difficultés financières pour le paiement de leurs charges à l'égard d'un ou plusieurs organismes, ceux-ci seront tenus, dans des conditions à prévoir par décret, de mettre en œuvre une procédure amiable et un contentieux coordonnés, afin de faire bénéficier ces débiteurs d'un traitement harmonisé entre les organismes et d'éviter la multiplication d'actes de procédure coûteux.

### **Article 34**

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 millions d'euros

- Régime général .....	4 420
- Régime des exploitants agricoles.....	2 210
- Caisse nationale des retraites des agents des collectivités locales .....	500
- Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines.....	350
- Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat.....	80

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, conformément au cinquième alinéa de l'article LO. 111-3 du code de la sécurité sociale, la liste des régimes et organismes autorisés en 2002 à recourir à des ressources non permanentes pour assurer le financement de leurs besoins de trésorerie. Il fixe également le montant dans la limite duquel le recours à l'emprunt pour chacun de ces régimes et organismes est possible.

En ce qui concerne le régime général, la Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines et le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat, les plafonds d'emprunt sont identiques à ceux fixés par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001. En revanche, les plafonds d'emprunt consentis au régime des exploitants agricoles et à la CNRACL sont relevés. En ce qui concerne le BAPSA, ce relèvement se justifie compte tenu des mouvements qui affectent sa trésorerie en 2002 et notamment la mensualisation de certaines de ses ressources. S'agissant de la CNRACL, le plafond d'avances est fixé compte tenu des versements qu'elle doit effectuer en 2002 au titre de la compensation démographique vieillesse.

Fait à Paris, le 10 octobre 2001.

*Signé* : LIONEL JOSPIN

Par le Premier ministre :

*La ministre de l'emploi et de la solidarité*

*Signé* : ELISABETH GUIGOU

**A N N E X E**

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



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

Depuis 1999, le régime général de la sécurité sociale est redevenu excédentaire. 2002 sera donc le quatrième exercice successif dégageant un résultat positif.

Ce développement sur quatre ans de la situation excédentaire des comptes de la sécurité sociale est certes la conséquence d'une conjoncture économique favorable, mais aussi le fruit de la détermination du Gouvernement à satisfaire les besoins sociaux essentiels des Français tout en maîtrisant le recours aux fonds publics que sont les cotisations et contributions sociales acquittées par les assurés et les entreprises.

Pour 2002, l'excédent est obtenu malgré des prévisions moins favorables quant à l'évolution de la masse salariale sur laquelle est assis l'essentiel des ressources des régimes de sécurité sociale. La persistance d'un excédent en 2002 dans ce contexte moins favorable confirme donc la robustesse du redressement des comptes sociaux.

S'agissant du financement de la sécurité sociale, le Gouvernement a précisé lors de la commission des comptes de la sécurité sociale du 7 juin 2001 que de nouvelles règles devaient être établies pour garantir en toute transparence les contributions du budget de l'Etat et des comptes sociaux au financement des allègements de charges en faveur des entreprises au titre des actions de promotion de l'emploi.

Ainsi, les allègements de charges en faveur des entreprises sont intégralement compensés aux régimes de sécurité sociale en 2001 et en 2002. En 2002, cet équilibre sera atteint au moyen de l'affectation de recettes fiscales nouvelles du budget de l'Etat au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale (FOREC), et par le transfert vers ce fonds de certaines recettes fiscales dont bénéficient les comptes sociaux. Ces règles respectent le principe selon lequel les cotisations et contributions sociales doivent être utilisées exclusivement au financement des prestations sociales.

Ces décisions permettront de poursuivre sur des bases claires la réflexion que le Gouvernement a engagée avec les différents acteurs de



la protection sociale, afin de préciser les rôles respectifs de l'Etat et des organismes de sécurité sociale dans la régulation des transferts sociaux. En matière d'assurance maladie, notamment, la concertation ouverte le 25 janvier 2001 avec les partenaires sociaux et les professionnels de santé se poursuivra dans le but de renouveler la démarche conventionnelle et de la mettre au service de l'amélioration de l'accès aux soins de nos concitoyens.

Le retour à l'excédent des comptes sociaux a permis d'améliorer la protection sociale des Français. Cette politique sera poursuivie en 2002, année qui verra mises en œuvre les priorités suivantes.

### **1° La politique de santé**

Le Gouvernement conduira une politique de santé centrée sur les priorités de santé publique présentées lors de la conférence nationale de santé en mars 2001. Cette politique prévoit la mise en place de programmes coordonnés de lutte contre les principales pathologies, dont le développement de la prévention est l'une des composantes principales.

Le Gouvernement entend également renforcer la sécurité sanitaire dans une approche intégrée dans la démarche de soins.

Enfin, l'amélioration de la qualité du système de santé et de son organisation, prenant en compte les préoccupations des usagers, constituera un troisième axe de la politique sanitaire du Gouvernement.

#### **1-1.- La politique de santé est organisée autour de la prévention et des priorités de santé publique**

La prévention sera inscrite dans chacun des programmes de santé publique (cancer, nutrition, asthme, sida, diabète,...), par des actions de dépistage, d'éducation pour la santé, mais aussi d'éducation thérapeutique. La prévention sera désormais définie de façon globale, ce qui permettra d'en déterminer les priorités et d'en assurer le financement. La coordination nationale des actions de prévention sera assurée dans le cadre d'un comité technique de prévention.

Les priorités de santé publique du Gouvernement sont les suivantes :

#### **Le plan national de lutte contre le cancer**

Deux programmes de dépistage seront généralisés, l'un dès 2002 pour le cancer du sein en permettant à toutes les femmes âgées de cinquante à soixante-quatorze ans de bénéficier gratuitement d'une mammographie tous les deux ans, l'autre par étapes, avec vingt

départements concernés en 2002, pour le cancer du côlon avec la mise en place du dépistage par hémoculte après cinquante ans. L'amélioration des soins et la prise en charge médico-sociale des patients sera poursuivie pour atteindre l'objectif d'une réduction de 10 % des décès dans les régions où existe une surmortalité par rapport à la moyenne nationale.

### **La lutte contre les autres pathologies chroniques**

Les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'asthme, l'insuffisance rénale chronique et la mucoviscidose feront l'objet d'un plan, alliant prévention, prise en charge et organisation des soins. L'accès aux soins des personnes en situation de vulnérabilité, l'accès aux traitements antalgiques par l'élaboration de guides méthodologiques et par la formation des professionnels, et la création de nouvelles consultations et unités de soins palliatifs, seront poursuivis.

### **La lutte contre les pathologies infectieuses**

Pour le sida, les actions nouvelles prennent en considération les deux éléments majeurs que sont la régression de la mortalité sous l'effet des traitements anti-rétroviraux et le relâchement des comportements de prévention dans les différents milieux exposés. La surveillance épidémiologique sera renforcée grâce à la notification obligatoire de la séropositivité devenue désormais possible par une protection renforcée de la confidentialité des données. Sur le plan thérapeutique, les problèmes posés par la tolérance des traitements lourds seront mieux pris en compte, et l'accès aux nouveaux traitements sera accéléré, en particulier pour les malades en situation d'échappement thérapeutique. Pour les hépatites, la politique menée associera une campagne d'information à l'égard du grand public et une prévention renforcée vis-à-vis des risques liés à l'utilisation de certains dispositifs médicaux, à la transfusion (dépistage génomique viral) ou à certaines pratiques corporelles (information et prévention au regard du piercing). Le dépistage sera ciblé sur les groupes les plus exposés. La mise en place de pôles de référence permettra le renforcement de l'accès au traitement de l'hépatite C.

### **La lutte contre les maladies émergentes et orphelines**

La crise de la vache folle et l'apparition en France du nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob démontrent à quel point la vigilance s'impose en matière de maladies émergentes. Les dispositifs de suivi mis en place seront renforcés. Par ailleurs les maladies rares, qui, compte tenu de leur nombre important, touchent plus de 4 millions de personnes en France, représentent l'un des principaux défis rencontrés par la médecine aujourd'hui. Malgré la diversité de ces

pathologies qui ont en commun leur gravité, une politique globale est indispensable, pour favoriser l'accès à un diagnostic précoce, renforcer la prise en charge, développer des pôles de ressources et de compétences et favoriser le travail en réseau. La prise en charge par la sécurité sociale des médicaments orphelins sera aussi accélérée, en ville comme à l'hôpital.

### **La lutte contre les pratiques addictives**

La politique de prévention des consommations à risques sera renforcée ; les actions de prévention s'appuieront sur des programmes intégrant les connaissances scientifiques. La prise en charge globale sera améliorée et l'accent sera mis en particulier sur le travail en réseau et le repérage précoce des consommations nocives. La politique de réduction des risques sera consolidée et l'exercice de la substitution, notamment en milieu carcéral, poursuivi.

### **La lutte contre la démence**

La prévalence globale de la démence est estimée en France à 500 000 cas et sa forte augmentation résulte de l'allongement de la vie et de l'accroissement du nombre de personnes âgées. L'objectif de ce plan est de développer une meilleure organisation des soins et de permettre une prise en charge possible à domicile. De plus, la loi relative à l'allocation personnalisée d'autonomie (APA) permettra le développement des services de proximité, ainsi que des réseaux de soins pour améliorer la prise en charge à domicile de ces patients.

### **La santé des populations les plus fragiles**

D'autres programmes seront destinés à la santé des jeunes, avec un volet prévention renforcé, et à la santé des femmes, autour de l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse. La lutte contre les violences faites aux femmes, et plus généralement contre les agressions sexuelles, en particulier sur les mineurs, sera développée. Le volet santé du dispositif de lutte contre les exclusions sera encore renforcé, notamment par le renforcement des outils existants (PRAPS, PASS, ...) ainsi que par la lutte contre l'habitat insalubre (saturnisme). Enfin des programmes de santé sont construits pour répondre aux besoins spécifiques de certaines populations, telles que les résidents outre-mer et les détenus.

### **Les actions d'intérêt général**

Le développement des greffes sera poursuivi, sur la base du plan lancé en juin 2000. L'accompagnement des fins de vies sera encouragé, en favorisant le retour au domicile grâce au développement de la prise

en charge de proximité et le renforcement de la lutte contre la douleur, à partir des consultations spécialisées et des unités de soins palliatifs.

**1-2.- La sécurité sanitaire sera renforcée selon une approche intégrée dans la démarche de soins.**

La politique de sécurité sanitaire repose sur deux piliers fondamentaux : la surveillance, l'évaluation et la gestion des risques d'un côté, le suivi et le contrôle quotidien de l'application des règles de l'autre.

En matière de risque infectieux, les efforts de soutien à la recherche et à la veille épidémiologique sur les pathologies liées aux agents transmissibles non conventionnels (tel le nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob) seront renforcés. Dans le cadre du plan national de lutte contre les infections nosocomiales, les mesures engagées en 2001 seront confortées : renforcement des équipes d'hygiène hospitalière, amélioration des pratiques d'hygiène et notamment des procédures de désinfection et de stérilisation, développement des dispositifs médicaux à usage unique. La coordination interrégionale des actions de lutte contre les infections nosocomiales sera renforcée afin notamment d'assurer l'efficacité du dispositif de signalement des infections nosocomiales et des actions d'évaluation.

Des actions concourant au bon usage du médicament et à la prévention des accidents iatrogènes médicamenteux seront conduites : soutien aux comités du médicament et des dispositifs médicaux stériles des établissements de santé, développement de bonnes pratiques de pharmacie hospitalière, information des professionnels, en ville comme en hôpital, sur la sécurité d'utilisation des produits de santé. La rationalisation de l'utilisation des antibiotiques constituera un axe prioritaire.

L'amélioration de la sécurité des soins s'appuiera également sur des actions de sécurisation de l'environnement du malade, et notamment sécurité anesthésique, périnatale, sécurité environnementale vis-à-vis des risques liés à l'eau (légionelles par exemple).

Les établissements de santé seront encouragés à développer des programmes de gestion des risques leur permettant de mener des actions coordonnées et pluridisciplinaires, en lien avec les représentants des usagers.

Enfin, la sécurité sanitaire repose à la fois sur l'application stricte du principe de précaution, mais aussi sur l'affirmation indispensable du principe de responsabilité. Cette responsabilité partagée suppose un effort accru de pédagogie du risque, en assurant

l'information des citoyens pour permettre l'exercice du droit de choisir. L'indemnisation des accidents thérapeutiques lorsque la responsabilité du médecin n'est pas engagée constitue un levier important pour restaurer la confiance entre les patients et les médecins. La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé créera un Office national d'indemnisation, lequel, en l'absence de toute faute thérapeutique, sera chargé d'indemniser les malades, et ce dans un délai raccourci.

### **1-3.- L'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins sera poursuivie**

#### **1-3-1.- Les soins de ville**

Le Gouvernement a ouvert le 25 janvier 2001 un dialogue avec les professionnels de santé et pris la mesure de leurs demandes portant sur leurs conditions d'exercice et les modalités du dispositif de régulation. A cette fin, il a nommé une mission de concertation qui a formulé une série de propositions portant sur les modalités d'exercice des professionnels libéraux, leur mission et la rénovation du cadre conventionnel qui les lie aux caisses d'assurance maladie. Ces propositions ont été examinées lors de la rencontre du 12 juillet 2001 associant les professionnels, les caisses et les partenaires sociaux. Sur cette base, le Gouvernement a arrêté un certain nombre d'orientations. Il a présenté un document retraçant ses propositions. Celles-ci seront mises en œuvre, après consultation des caisses d'assurance maladie et des professionnels.

La première orientation est de mieux reconnaître le rôle des professionnels libéraux dans le système de soins. Le Gouvernement va créer un Observatoire de la démographie des professions de santé, chargé de rassembler, d'expertiser et de diffuser des connaissances relatives à la démographie des professionnels de santé, au contenu de leurs métiers et à leurs évolutions, d'identifier les besoins en matière de production de statistiques et d'études et de susciter les scénarios à court et moyen terme sur l'évolution des métiers de santé. Le Gouvernement engage également une démarche pour repérer les zones dans lesquelles un accès aisé aux soins n'est plus assuré. Il mettra en œuvre un dispositif d'aide à l'installation pour faire face aux difficultés ainsi identifiées. Il présentera enfin des propositions destinées à réduire l'insécurité à laquelle sont confrontés les professionnels de santé dans les quartiers difficiles.

Le dispositif d'évaluation des compétences des médecins se met en place par la collaboration de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé (ANAES) et des unions régionales de médecins libéraux (URML). L'extension de l'évaluation des pratiques professionnelles aux professions paramédicales sera mise en œuvre. Un

important travail est entrepris, en coopération avec l'ANAES et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS), pour améliorer les délais d'élaboration des recommandations de bonne pratique, outils nécessaires pour faire vivre le système d'évaluation et de gestion de la compétence.

La loi relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit une réforme profonde et ambitieuse de la formation continue des médecins.

Outil essentiel de coordination, les réseaux de santé doivent permettre une meilleure adéquation entre les besoins et l'offre de soins, assurer une continuité des soins effective et développer la qualité des pratiques. Le Gouvernement souhaite s'engager dans la voie de financements pérennes et de l'harmonisation des procédures de création de réseaux.

Enfin, l'informatisation du système de santé a poursuivi son développement en 2001. Plus de 180 000 professionnels de santé disposent de leur carte de professionnel de santé. Plus de 50 % des médecins transmettent désormais par voie télématique leurs feuilles de soins aux caisses primaires d'assurance maladie. Le nombre de feuilles de soins fait plus que doubler chaque trimestre ; en juin 2001, 175 millions de feuilles de soins ont ainsi été transmises à l'assurance maladie.

Le second objectif est de mieux gérer le système des soins de ville. Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé propose une clarification de la procédure d'élaboration de la politique de santé. Le Conseil national de santé que le Gouvernement propose de créer sera chargé de constituer une ressource d'expertise et de proposition sur la définition des priorités et les financements à y consacrer.

Le Gouvernement envisage de préciser l'organisation et le champ de la délégation de gestion aux caisses, notamment la procédure des rapports d'équilibre. Un nouvel équilibre doit être trouvé pour organiser les relations de l'Etat et de l'assurance maladie autour de rendez-vous fixes et concertés : l'efficacité de la délégation de gestion suppose donc une meilleure liaison entre la convention d'objectifs et de gestion qui lie contractuellement l'Etat à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et les conventions qui lient l'assurance maladie aux professionnels.

Un large accord existe sur le maintien de l'outil conventionnel, qu'il convient cependant d'approfondir, d'élargir et de rénover. Plusieurs pistes ont été dégagées sur cette question qui ne font pas à l'heure actuelle l'objet d'un consensus. Le Gouvernement va donc

ouvrir une concertation en vue de déterminer les modalités d'une évolution du système conventionnel et d'un renforcement de l'efficacité du système de régulation.

D'ores et déjà, dans le cadre du renouveau du dialogue social voulu par le Premier ministre, le Gouvernement a engagé un travail approfondi avec les partenaires sociaux sur l'organisation de l'assurance maladie qui porte sur la composition et les missions des conseils d'administration, les relations avec l'Etat, l'ordonnancement du réseau de la CNAMTS et la régionalisation, les compétences et l'organisation du service médical. Ces éléments seront discutés au cours de l'année à venir, en étroite concertation avec les organisations syndicales et professionnelles.

### **1-3-2.- Le médicament**

La progression des dépenses de médicament en 2000 s'est fortement accélérée (+10,5 %). Le Gouvernement a annoncé la mise en œuvre d'une série de mesures pour permettre l'accès des patients aux nouvelles molécules, et pour améliorer l'efficacité des instruments de régulation.

Il a souhaité, en premier lieu, renforcer les actions en matière de bon usage du médicament. A cette fin, l'information des patients et des prescripteurs est renforcée : les avis de la Commission de la transparence sont désormais publiés dès leur approbation, le fonds de promotion de l'information fournira une information objective sur le médicament.

L'assurance maladie a engagé des discussions en vue d'aboutir à des accords de bon usage avec les prescripteurs. Dans ce cadre, les recommandations de bonnes pratiques produites par l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé ont un rôle central.

L'observatoire des prescriptions a repris son action afin d'établir un bilan des pratiques en matière d'utilisation des médicaments et en particulier des anti-cancéreux et des anti-ulcéreux. Enfin, l'admission au remboursement des médicaments innovants s'accompagnera d'une évaluation renforcée afin de mieux appréhender leur impact en matière de santé publique et leur inscription dans les stratégies thérapeutiques.

Le développement des génériques sera fortement encouragé. A cette fin, une campagne d'information associant l'Etat, l'assurance maladie et la mutualité sera mise en œuvre. La possibilité de prescrire en dénomination commune internationale (et non plus uniquement en nom de marque) sera ouverte. Des accords de bon usage pourront porter sur la prescription de génériques. Des discussions ont été engagées avec les pharmaciens afin de relancer la substitution. Les procédures

d'inscription sur le répertoire des groupes génériques ont également été simplifiées et améliorées.

L'efficacité de la régulation des dépenses a également été notablement renforcée. Des baisses de prix concernant principalement les spécialités dont le service médical rendu a été jugé insuffisant et les médicaments déjà amortis dont le volume et la croissance sont élevés ont été mises en œuvre pour un montant de 366 millions d'euros, après négociation avec les firmes pharmaceutiques. Le Gouvernement a également annoncé son intention de mettre en cohérence le niveau de remboursement des médicaments avec les résultats de la réévaluation du service médical rendu.

Des actions relatives au bon usage du médicament au sein des établissements de santé ont été développées. Des réunions régionales sur le médicament à l'hôpital seront organisées à partir des travaux des comités du médicament des hôpitaux dans le but de renforcer l'information et de favoriser les échanges sur les bonnes pratiques. Le renforcement des procédures d'achat au sein des établissements hospitaliers sera poursuivi.

### **1-3-3.- La politique hospitalière**

Les Français bénéficient d'un service public hospitalier qui allie une haute qualité des soins avec une répartition des établissements équilibrée sur l'ensemble du territoire. Ses performances remarquables sont le résultat de l'engagement des personnels dans l'accomplissement de leurs missions. La politique hospitalière du Gouvernement s'attachera à conforter ces réussites et à améliorer le statut des personnels.

#### **1-3-3-1.- Améliorer l'organisation des soins**

Les objectifs définis en matière de politique hospitalière depuis trois ans sont : la promotion de la qualité et de la sécurité des soins, la poursuite de la réduction des inégalités dans l'accès aux soins et l'adaptation de l'offre de soins aux besoins de la population.

S'agissant de la promotion de la qualité et la sécurité des soins, des textes sur les dispositifs de vigilance (hémovigilance, matériovigilance), sur la gestion des risques ont défini des procédures applicables dans l'ensemble des établissements.

La procédure d'accréditation, dont est chargée l'ANAES, donne aussi aux établissements l'opportunité de travailler sur leurs organisations et les entraîne vers une recherche d'amélioration de la qualité.



La réduction des inégalités d'accès aux soins s'est poursuivie par les opérations effectuées dans le cadre des schémas régionaux d'organisation sanitaire (SROS). Le desserrement des indices de certains équipements lourds est une partie des réponses pour atteindre cet objectif.

L'adaptation de l'offre de soins s'effectue au travers des schémas régionaux d'organisation sanitaires (SROS) de seconde génération (1998-2004). L'élaboration des SROS a constitué un temps fort de concertation avec les professionnels, les élus et la population au terme d'une procédure de dix-huit mois.

Ces schémas prennent en compte des priorités nationales (urgences, périnatalité). De même, vingt-quatre régions ont défini des objectifs pour une meilleure organisation de la prise en charge des cancers et dix-sept régions pour les maladies cardiovasculaires.

Les soins palliatifs ou la prise en charge de la douleur chronique rebelle ont été retenus dans neuf régions pour accompagner le plan triennal lancé en 1998.

Des priorités régionales sont également mises en œuvre principalement sur les soins de suite et de réadaptation, les plateaux techniques chirurgicaux et la prise en charge des personnes âgées.

A l'occasion de l'élaboration de ces schémas, de nouveaux modes de prise en charge, valorisant la coopération ont été envisagés (réseaux, groupement de coopération sanitaire, hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour...) incitant les professionnels à travailler ensemble.

Les réorganisations se sont intensifiées : cent onze communautés d'établissements sont constituées ou en cours de constitution dans les cent cinquante secteurs sanitaires et cent vingt réseaux sont agréés ou en cours d'agrément par les agences régionales de l'hospitalisation. Ces opérations impliquent au moins deux partenaires, ce qui signifie que le mouvement actuel de recomposition repose plus sur des recherches de complémentarité, de partage d'activités entre les établissements de santé existants que sur des opérations isolées (fermeture, conversion d'établissements).

Pour accompagner cette modernisation en profondeur du tissu hospitalier, plusieurs fonds ont été créés dès 1998 : le fonds d'investissement pour la modernisation des établissements et le fonds d'accompagnement social pour la modernisation des hôpitaux, qui a vu ses missions évoluer vers des missions d'aide au développement des actions de modernisation sociale : contrats locaux d'amélioration des conditions de travail, projets sociaux notamment.

### **1-3-3-2.- Une politique sociale renforcée**

Cette politique de recomposition du tissu hospitalier, accompagnée par les fonds de modernisation, a entraîné pour les personnels des adaptations dans leur organisation du travail liées, d'une part, aux besoins d'une plus grande technicité, dans toutes les filières professionnelles et, d'autre part, aux usagers, qui ont eu un recours plus important à l'établissement de santé.

Devant ces évolutions qui ont un impact sur les conditions de travail, le protocole du 13 mars 2000 (335 millions d'euros), du 14 mars 2000 (1 524 millions d'euros sur trois ans) et le protocole du 14 mars 2001 (336 millions d'euros) ont donné les outils complémentaires indispensables pour reconnaître la place des personnels dans les établissements.

Les deux premiers protocoles ont porté sur la reconnaissance de la place des personnels hospitaliers dans le dispositif de modernisation. Ils ont permis de reconnaître et valoriser les postes médicaux difficiles, de dégager des moyens pour remplacer les personnels absents, de promouvoir la formation professionnelle, d'améliorer les conditions de travail, enfin de renforcer la sécurité des personnels face au développement de la violence. Ils ont par ailleurs identifié les secteurs hospitaliers qui devaient faire l'objet de réflexions particulières (urgences, psychiatrie). Le protocole du 14 mars 2001 a porté sur la reconnaissance de professions et métiers de l'hôpital et l'amélioration des cursus professionnels. Par ailleurs, le protocole du 3 avril 2001 relatif à la situation des étudiants infirmiers apporte des améliorations sensibles à leur régime dans le contexte de l'augmentation de 43 % en un an de l'effectif des promotions.

L'année 2002 verra également mise en œuvre la réduction du temps de travail dans la fonction publique hospitalière et pour les médecins hospitaliers.

Dès le 21 décembre 2000, la ministre de l'emploi et de la solidarité a réuni les représentants de la communauté hospitalière publique pour lancer le chantier de la réduction du temps de travail. Les négociations étaient ouvertes avec les organisations syndicales de la fonction publique hospitalière le 17 janvier 2001 et avec les représentants des praticiens hospitaliers le 15 février 2001. Un protocole d'accord est en cours de discussion en septembre 2001 en ce qui concerne les personnels de la fonction publique hospitalière.

La réduction du temps de travail doit répondre aux attentes des personnels en matière de conditions de vie au travail et de vie personnelle. Les conséquences sont directes sur l'amélioration de la

qualité de la prise en charge des usagers. C'est pourquoi, afin de réussir cette réforme, la première étape définie par le Gouvernement a été, dès le second trimestre 2001, la réalisation du diagnostic de l'organisation existante dans chaque établissement.

Compte tenu de la spécificité des missions des établissements dont les personnels relèvent de la fonction publique hospitalière, le Gouvernement a décidé d'accompagner la réduction du temps de travail par la création de 45 000 emplois. Ces emplois devront être pourvus dans les trois années qui viennent (2002-2004). Pour soutenir ces recrutements, un effort important est fait sur la formation initiale des professions de santé (professions paramédicales, sages-femmes) et sur celle des aides-soignants.

Dans la démarche promue par le Gouvernement et discutée avec la communauté hospitalière, une attention particulière sera portée à la qualité des négociations menées dans chaque établissement et sur les accords locaux qui en résulteront. En effet, si les emplois supplémentaires ont été considérés comme indispensables pour mettre en place la réduction du temps de travail, il a toujours été souligné que la réussite de cette réforme était liée aux capacités des établissements à rénover leurs organisations du travail. C'est au travers des accords passés que ce volet majeur pourra, dans un premier temps, être évalué. Par ailleurs, dès le début de la mise en œuvre, des comités de suivi et d'évaluation aux niveaux local, régional et national seront installés.

## **2° La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles**

Le Gouvernement souhaite progresser sur la voie d'une meilleure réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles. En juin 2001, le Professeur Roland MASSE lui a remis un rapport sur la réparation des accidents du travail et maladies professionnelles, concluant à la nécessité de faire évoluer ce dispositif, dans le sens d'une meilleure prise en compte de l'ensemble des préjudices des victimes. Le Gouvernement travaillera dans les prochains mois, en concertation avec les partenaires sociaux, les associations de victimes et la CNAMTS, pour approfondir les pistes qu'ouvre ce rapport.

Sans attendre les résultats de ces travaux et dans le respect des règles actuelles de fonctionnement de la branche accidents du travail, il procède dès cette année à des aménagements de la législation actuelle afin d'améliorer la réparation allouée aux victimes, en prévoyant un mécanisme d'indexation des indemnités en capital et en assouplissant par décret les conditions d'accès au système dérogatoire de reconnaissance des maladies professionnelles.

Le Gouvernement poursuivra ses efforts en matière de réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, accueillera ses premières demandes d'indemnisation en octobre. Il sera doté d'un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de 438 millions d'euros en 2001, et de 76 millions d'euros en 2002.

Par ailleurs, la levée de la prescription pour les dossiers de victimes professionnelles de l'amiante, décidée pour deux ans dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999, sera pérennisée.

Enfin, la sous-reconnaissance des maladies professionnelles a conduit à l'institution d'un versement annuel de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie, destiné à couvrir les charges que l'assurance maladie doit supporter à ce titre. De nombreux travaux, et dernièrement le rapport du professeur MASSE, ont souligné, à côté de la sous-reconnaissance des maladies professionnelles, l'existence d'une sous-déclaration des accidents du travail. C'est pourquoi le Gouvernement a prévu d'étendre le mécanisme de compensation entre la branche accidents du travail et la branche maladie au coût des accidents du travail qui ne sont pas déclarés. Pour 2002, le Gouvernement a fixé à titre provisionnel le montant de cette contribution à 152 millions d'euros.

### **3° La politique à l'égard des personnes handicapées**

Le Gouvernement met en œuvre une politique interministérielle qui considère la personne handicapée dans la totalité de ses besoins et de ses attentes. Elle a pour objectif de garantir une solidarité en faveur de ceux que le handicap a le plus durement touché et de favoriser l'autonomie de tous ceux qui peuvent s'intégrer dans le milieu de vie ordinaire.

Poursuivant les orientations exposées par le Premier ministre devant le Conseil national consultatif des personnes handicapées (CNCPH), le Gouvernement s'est engagé sur les trois volets principaux de ce programme :

- la création pour la deuxième année consécutive de places pour les enfants les plus lourdement handicapés (handicap mental profond, poly-handicap), pour les autistes, pour les traumatisés crâniens ou cérébro-lésés. Parallèlement, un effort de création de places nouvelles est poursuivi pour les maisons d'accueil spécialisé pour les foyers à double tarification ou pour les centres d'aides par le travail ;

- le développement des moyens permettant l'intégration des jeunes handicapés : centres d'action médico-sociale précoce (CAMSP) et services d'éducation spéciale et de soins à domicile (SESSAD). La réforme de l'allocation d'éducation spéciale (AES) entrera progressivement en œuvre à compter du premier trimestre 2002 ;

- la généralisation des « sites pour la vie autonome » sur tout le territoire en 2002 et 2003 afin que les personnes handicapées trouvent dans un lieu unique les moyens de répondre à leur demande d'aide technique, d'aide humaine et d'un aménagement de logement ou de leur lieu de vie ordinaire.

#### **4° La politique en faveur des familles**

A l'occasion de la Conférence de la famille qui s'est tenue le 11 juin 2001 sous la présidence du Premier ministre, le Gouvernement a poursuivi la rénovation de la politique familiale qu'il a entreprise depuis 1998. En réunissant ainsi chaque année les partenaires sociaux, les élus et les associations familiales, le Premier ministre a su instaurer un réel dialogue avec eux. C'est sur ces échanges fructueux que le Gouvernement bâtit une politique familiale qui fait vivre les valeurs de solidarité et de fraternité qui sont le ciment de notre société.

L'importance donnée à l'exercice de la fonction parentale, et la nécessité d'arriver à une véritable parité parentale, ont conduit le Gouvernement à créer un congé de paternité. La place des pères dans les premiers temps de la vie de l'enfant n'était pas suffisamment reconnue. La création de ce congé de onze jours, qui s'ajoute aux trois jours déjà prévus par le code du travail, permettra aux pères de prendre au total deux semaines de congé auprès de leur enfant et de sa mère. Dans un souci de simplicité et de cohérence, le mode de calcul des indemnités journalières sera aligné sur celui du congé de maternité.

Soucieux de permettre à un nombre croissant de femmes de concilier vie professionnelle et vie familiale, le Gouvernement maintient ses efforts en matière d'accueil de la petite enfance. Le Fonds d'investissement petite enfance, destiné à financer des dépenses d'équipement en matière d'accueil de la petite enfance, qui avait été doté de 229 millions d'euros en 2001, sera abondé de la même somme en 2002 ; ainsi, entre 25 et 30 000 enfants supplémentaires pourront être gardés. Un effort particulier sera fait cette année en faveur de l'accueil des 2-3 ans et de l'équipement des assistantes maternelles.

Afin notamment d'accompagner en fonctionnement la création de nouvelles places de crèches, la convention d'objectifs et de gestion, que l'Etat a signé avec la Caisse nationale des allocations familiales à la suite de la Conférence de la famille, garantit une forte progression du Fonds national d'action sociale, de plus de 910 millions d'euros entre

2001 et 2004. L'engagement pluriannuel de l'Etat et de la Caisse nationale des allocations familiales à travers cette convention d'objectifs et de gestion est une avancée très importante pour la branche famille. Au-delà de l'accueil de la petite enfance, les caisses d'allocations familiales pourront également développer leurs actions d'aide aux loisirs des enfants et des jeunes, à travers les contrats temps libre, qui seront ouverts à titre expérimental aux 16-18 ans.

Le Gouvernement entend favoriser l'autonomie des jeunes adultes, dont les besoins sont aujourd'hui encore mal pris en compte. Une Commission nationale pour l'autonomie des jeunes se penchera sur cette question dans les prochains mois. Elle présentera ses conclusions et propositions au Premier ministre avant le 31 décembre 2001.

Dès à présent, afin de répondre à cette préoccupation financière majeure pour les jeunes qu'est le logement, le Gouvernement a décidé de réviser le calcul de l'évaluation forfaitaire des ressources pour le calcul des aides au logement pour les jeunes de moins de 25 ans, afin d'en effacer les effets pénalisants.

Après avoir mis en œuvre en 2001 la première phase de sa réforme des aides au logement, le Gouvernement mettra en œuvre sa deuxième phase en 2002. Ainsi, le barème définitif pour l'allocation de logement familiale, l'allocation de logement sociale et l'aide personnalisée au logement sera-t-il instauré au 1<sup>er</sup> janvier 2002. Il permettra de traiter de manière égale tous les foyers qui perçoivent les mêmes revenus, quelle que soit leur nature. La réforme touchera 4,3 millions de foyers ; plus d'un million de foyers percevront 30 euros par mois de plus, et aucun ménage ne verra son aide diminuer.

Répondant à la demande des parents d'enfants handicapés, le Gouvernement va mettre en œuvre une réforme de l'allocation d'éducation spéciale. Cette réforme améliorera les aides versées aux familles, en tenant mieux compte de la diversité des situations.

Enfin, le Gouvernement poursuit dans le même temps son important chantier de refonte du droit de la famille. Les aménagements qui y seront apportés (sur le nom patronymique, sur l'affirmation de l'autorité familiale, sur la simplification du divorce...) participent tous de cette vision moderne de la famille, adaptée aux réalités de la vie, qui est celle qu'il entend porter à travers sa politique familiale.

## **5° La politique à l'égard des personnes âgées**

### **5-1.- Associer les retraités aux fruits de la croissance et garantir l'avenir des régimes de retraite**

Déficitaire jusqu'en 1998, la branche vieillesse a renoué avec les excédents en 1999, et dégagera une capacité de financement d'environ un milliard d'euros en 2002. Ces excédents retrouvés permettent d'associer les retraités aux fruits de la croissance, tout en préparant l'avenir des régimes de retraite.

Pour 2002, le Gouvernement propose de revaloriser les pensions, alors que l'inflation prévisionnelle est de 1,5 %. Ce « coup de pouce » portera à 1,4 % le gain de pouvoir d'achat des retraités par rapport à l'inflation depuis 1997. Grâce à la suppression de la contribution au remboursement de la dette sociale (CRDS) en 2001 pour les retraités non imposables à l'impôt sur le revenu, le gain de pouvoir d'achat pour ces derniers s'élèvera sur la même période à 1,9 %. Les retraités imposables bénéficieront quant à eux de la baisse des taux d'imposition sur les revenus.

Conformément à l'engagement pris par le Premier ministre le 20 mars 2000, le Gouvernement abonde le Fonds de réserve pour les retraites en poursuivant la concertation sur les réformes nécessaires de nos régimes de retraite.

Le Fonds de réserve pour les retraites, créé en 1998 et institué sous forme d'établissement public par la loi du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel, voit son plan de charge initial conforté avec un montant de ressources cumulées de plus de 12,5 milliards d'euros à la fin de 2002.

Le caractère pérenne des sources de financement du Fonds de réserve pour les retraites sera encore accentué en 2002, puisque la part du produit du prélèvement de 2 % sur le patrimoine affectée au fonds sera portée de 50 % à 65 %. Le fonds de réserve disposera de plus de 152 milliards d'euros, conformément à son objectif annoncé pour 2020, qui lui permettront de couvrir une partie des déficits prévisionnels des régimes de retraite entre 2020 et 2040.

Dès le début de 2002, le conseil de surveillance du fonds, associant notamment des parlementaires et des représentants des partenaires sociaux, sera, grâce à des pouvoirs étendus, le garant de la bonne gestion du fonds.

Enfin, le Gouvernement a créé le Conseil d'orientation des retraites. Associant parlementaires, partenaires sociaux, personnalités qualifiées et représentants de l'administration, le Conseil d'orientation

des retraites assure un suivi permanent de l'ensemble des questions relatives à la retraite. Son premier rapport, qui doit être rendu public avant la fin de l'année 2001, portera un diagnostic partagé sur les prévisions des régimes de retraite, et présentera les différentes mesures envisageables pour assurer la garantie de notre système de retraite.

### **5-2.- Diversifier la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées**

Notre pays doit donner toute sa place à l'âge dans notre société. Il faut pouvoir vieillir en France dans la dignité.

Être respecté dans sa dignité, son intégrité, ses besoins de dialogue, d'échange, de relations sociales, être entendu sur les demandes de santé, d'hygiène de vie, bénéficier d'un niveau de revenus et de conditions de vie satisfaisantes, tels sont les souhaits des personnes âgées aujourd'hui. C'est l'espérance de tous ceux qui avancent en âge et, demain, de chacun.

Par rapport aux générations précédentes, la population vit plus longtemps. Obligation est faite aux pouvoirs publics de donner un nouveau sens à ces années ajoutées à l'espérance de vie. Mais cet allongement de la vie qui ouvre tant de nouvelles possibilités s'accompagne souvent d'une perte d'autonomie, risque normal dans des vies qui s'allongent.

Donner aux personnes âgées un nouveau droit, le droit à l'autonomie, tel est le choix du Gouvernement avec la nouvelle loi adoptée le 20 juillet 2001, relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie.

Avec la création de cette nouvelle allocation dont vont pouvoir bénéficier près de 800 000 personnes, l'effort du Gouvernement s'ordonne selon deux axes, en fonction des choix du lieu de vie des personnes âgées :

- le développement du maintien à domicile en faisant jouer tout leur rôle aux centres locaux d'information et de coordination : l'effort se poursuit, d'une part, en matière de création de services de soins à domicile, d'autre part, dans le cadre d'un plan pluriannuel de cinq ans devant conduire à la création de 20 000 places nouvelles, soit un doublement du rythme de progression ;

- la réalisation d'un plan ambitieux pour les structures accueillant des personnes âgées dépendantes dont l'objectif est de permettre à chaque établissement de s'engager dans une démarche de qualité : 915 millions d'euros en cinq ans de crédits supplémentaires,



afin de répondre aux besoins d'une plus grande médicalisation de tous ces établissements.

#### **6° La modernisation de la comptabilité des régimes de sécurité sociale**

L'année 2002 verra la mise en œuvre d'un plan comptable unique des organismes de sécurité sociale, et le passage de l'ensemble de ces organismes à une comptabilité de droits constatés. Le décret d'application de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale, qui prévoit ces dispositions, et qui en outre crée un Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, est paru le 19 septembre 2001 au *Journal Officiel*.

C'est là l'aboutissement d'un engagement pris par le Gouvernement devant le Parlement à l'automne 1999. Sa réalisation entraînera une modernisation considérable de la comptabilité des régimes de sécurité sociale, au service d'une meilleure information du Parlement et des Français quant à la situation financière de la sécurité sociale, gage d'un enrichissement du débat démocratique sur les grandes orientations de la politique de sécurité sociale.

3307. - Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2002  
(commission des affaires culturelles)