



N° 330 – Tome 1 - 3^{ème} partie

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

Enregistré à la Présidence de l'Assemblée nationale le 24 octobre 2002.

RAPPORT

PRÉSENTÉ

AU NOM DE LA COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES, FAMILIALES ET SOCIALES⁽¹⁾ SUR
LE PROJET DE LOI de **financement de la sécurité sociale pour 2003** (n° 250),

TOME I

RECETTES ET ÉQUILIBRE GÉNÉRAL

PAR M. YVES BUR,

Député.

INTRODUCTION..... Erreur !
Signet non défini.

I.- LA SECURITE SOCIALE SOUS LE GOUVERNEMENT JOSPIN : UNE POLITIQUE DE GRIBOUILLE

II.- LE PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2003 : UN PASSAGE DE TEMOIN DIFFICILE

III.- LE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE : TRACER DES PERSPECTIVES POUR L'AVENIR

TRAVAUX DE LA COMMISSIONERREUR ! SIGNET NON DEFINI.

I.- AUDITIONS

II.- EXAMEN DU RAPPORT

III.- EXAMEN DES ARTICLES

ITRE I^{ER} : ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE

TITRE I^{ER} BIS (NOUVEAU) CONTRÔLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE

TITRE II : DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

TITRE III..... 7

DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE.....7

<i>Avant l'article 10</i>	7
<i>Article 10</i>	8
<i>(articles L. 162-222, L. 162-22-3, L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale et article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles)</i>	8
<i>Article 11</i>	8
<i>(article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et article 1^{er} de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978)</i>	8
<i>Article additionnel après l'article 11</i>	8
<i>Validation de la rémunération des gardes effectuées par des médecins faisant fonction d'interne</i>	8
<i>Article 12</i>	9
<i>(article L. 6122-19 du code de la santé publique)</i>	9
<i>Article 13</i>	10
<i>(article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et article L. 6161-9 du code de la santé publique)</i>	10
<i>Article 14</i>	10
<i>(article 14 de la loi n° 94-628 du 25 juillet 1994)</i>	10
<i>Article additionnel après l'article 14</i>	11
<i>(article 8 du code des marchés publics)</i>	11
<i>Achat de médicaments par les hôpitaux</i>	11

<i>Article additionnel après l'article 14</i>	11
<i>(article L. 6154-3 du code de la santé publique)</i>	11
<i>Conditions d'exercice d'une activité libérale à l'hôpital</i>	11
<i>Après l'article 14</i>	13
<i>Article 15</i>	14
<i>(articles L. 162-5-9, L. 162-15-2, L. 162-15-3, L. 162-5-13, L. 162-15, L. 322-5-1, L. 162-12-16, L. 315-3, L. 615-13 du code de la sécurité sociale et article L. 732-5 du code rural)</i> 14	
<i>Suppression du mécanisme dit des « lettres-clefs flottantes » et des comités médicaux régionaux</i>	14
<i>Article 16</i>	14
<i>(article L. 228-1 du code de la sécurité sociale)</i>	14
<i>Missions du conseil de surveillance de la Caisse nationale d'assurance maladie</i>	14
<i>Article 17</i>	16
<i>(article L. 162-16 du code de la sécurité sociale)</i>	16
<i>Spécialités délivrées sur présentation d'une prescription rédigée</i>	16
<i>en dénomination commune internationale</i>	16
<i>Article 18</i>	17
<i>(articles L. 183-1, L. 315-1, L. 315-1-1 nouveau et L. 615-13 du code de la sécurité sociale et article L. 732-5 du code rural)</i>	17
<i>Dénomination et missions du service médical de l'assurance maladie</i>	17
<i>Article 19</i>	18
<i>(article L. 162-5 du code de la sécurité sociale)</i>	18
<i>Article additionnel après l'article 19</i>	18
<i>(article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)</i>	18
<i>Prorogation de l'agrément des réseaux de soins</i>	18
<i>Article additionnel après l'article 19</i>	18
<i>(article L. 162-7-4 du code de la sécurité sociale)</i>	18
<i>Accord cadre entre le Comité économique des produits de santé</i>	18
<i>et l'industrie pharmaceutique</i>	18
<i>Après l'article 19</i>	19
<i>Article 20</i>	19
<i>(article L. 162-17-8 nouveau du code de la sécurité sociale)</i>	19
<i>Article additionnel après l'article 20</i>	20
<i>(article L. 168-8 nouveau du code de la sécurité sociale)</i>	20
<i>Délai d'examen par l'administration des demandes d'inscription</i>	20
<i>sur la liste des dispositifs médicaux remboursables et des demandes de fixation du tarif de responsabilité</i>	20
<i>Après l'article 20</i>	21
<i>Article 21</i>	21
<i>(articles L. 162-17-4 et L. 162-17-9 nouveau du code de la sécurité sociale)</i>	21
<i>Pénalités financières applicables aux entreprises exploitant des médicaments</i>	21
<i>Article 22</i>	22
<i>(articles L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, L. 3411-2 et L. 3311-2 du code de la santé publique et L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale)</i>	22
<i>Transfert à l'assurance maladie du financement des dépenses des centres spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes</i>	22
<i>Article 23</i>	22
<i>(article L. 132-1 du code de la sécurité sociale)</i>	22
<i>Transfert à l'assurance maladie du financement des dépenses</i>	22

<i>d'interruption volontaire de grossesse</i>	22
<i>Article 24</i>	22
<i>(article L. 6312-5 du code de la santé publique et articles L. 161-34 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale)</i>	22
<i>Financement du forfait de garde</i>	22
<i>pour les entreprises de transports sanitaires</i>	22
<i>Article 25</i>	23
<i>(article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001)</i>	23
<i>Prolongation du délai pour la signature des conventions tripartites par</i>	23
<i>les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes</i>	23
<i>Article 26</i>	25
<i>(article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles)</i>	25
<i>Réintégration des médicaments remboursables dans les tarifs de soins des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur</i>	25
<i>Article additionnel après l'article 26</i>	26
<i>(article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale)</i>	26
<i>Relations entre pharmacies et établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes</i>	26
<i>Article 27</i>	26
<i>(articles L. 162-16 et L. 162-17-6 nouveau du code de la sécurité sociale)</i>	26
<i>Tarif forfaitaire de remboursement pour les médicaments</i>	26
<i>Article 28</i>	28
<i>(article 4 de la loi n°88-16 du 5 janvier 1988)</i>	28
<i>Fin du mécanisme de cessation anticipée d'activité</i>	28
<i>Article 29</i>	28
<i>(articles L. 161-22 et L. 643-2 du code de la sécurité sociale)</i>	28
<i>Incitation à la poursuite et à la reprise d'activité pour les médecins et les infirmières</i> . 28	
<i>Article 30</i>	30
<i>Dotation de financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux</i> 30	
<i>Article 31</i>	30
<i>(article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999)</i>	30
<i>Missions et dotation de financement du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville</i>	30
<i>Article 32</i>	31
<i>Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2003</i>	31
<i>Article 33</i>	31
<i>Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2003</i>	31
<i>Article 34</i>	31
<i>Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé pour 2002</i>	31
TITRE IV	32
DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE ..	32
Section 1	32
Branche accidents du travail et maladies professionnelles	32
<i>Article 35</i>	32
<i>(article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)</i>	32
<i>Dotation de financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante</i>	32

<i>Article 36</i>	32
<i>(article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)</i>	32
<i>Dotation de financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante</i>	32
<i>Après l'article 36</i>	33
<i>Article 37</i>	33
<i>Montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la</i> <i>sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles</i>	33
<i>Après l'article 37</i>	34
<i>Article 38</i>	36
<i>(articles L. 221-4, L. 221-5, L. 227-1, L. 227-2, L. 227-3, L. 228-1 et L. 231-5-1 du code de la</i> <i>sécurité sociale)</i>	36
<i>Autonomisation de la gestion de la branche accidents du travail</i>	36
<i>Article 39</i>	36
<i>Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail pour 2003</i>	36
Section 2	37
Branche famille	37
<i>Avant l'article 40</i>	37
<i>Article 40</i>	37
<i>(article L. 521-1 du code de la sécurité sociale)</i>	37
<i>Création d'une allocation pour les familles perdant une partie de leurs allocations familiales</i> <i>pour des raisons liées à l'âge des enfants</i>	37
<i>Après l'article 40</i>	39
<i>Article 41</i>	39
<i>Accélération de la prise en charge par la CNAF des majorations de pension pour enfant</i> ³⁹	
<i>Article 42</i>	40
<i>Fixation de l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2003</i>	40
Section 3	41
Branche vieillesse	41
<i>Avant l'article 43</i>	41
<i>Article 43</i>	41
<i>(article L. 351-11 du code de la sécurité sociale)</i>	41
<i>Après l'article 43</i>	42
<i>Article additionnel après l'article 43</i>	44
<i>(article L. 723-10 nouveau du code de la sécurité sociale)</i>	44
<i>Départ à la retraite des avocats à soixante ans</i>	44
<i>Article 44</i>	44
<i>Fixation de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2003</i>	44
<i>Article 45</i>	45
<i>Fixation du total des objectifs de dépenses pour 2003</i>	45
TITRE IV BIS (NOUVEAU)	45
OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2002	45
<i>Article 46</i>	46
<i>Fixation des objectifs de dépenses révisés pour 2002</i>	46
Dépenses par branche en milliards d'euros en 2002	46

TITRE V.....	47
MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRESORERIE.....	47
<i>Article 47.....</i>	<i>47</i>
<i>(articles L. 137-7, L. 138-3, L. 138-14, L. 138-20 à L. 138-23 nouveaux, L. 245-6 et L. 245-6-2</i> <i>du code de la sécurité sociale)</i>	<i>47</i>
<i>Modalités de recouvrement des impositions directement recouvrées par l'ACOSS.....</i>	<i>47</i>
<i>Article 48.....</i>	<i>49</i>
<i>Fixation des plafonds d'avances de trésorerie pour 2003</i>	<i>49</i>
<i>Après l'article 48.....</i>	<i>56</i>
ANNEXE	59
ORGANISMES AUDITIONNES PAR LE RAPPORTEUR.....	59

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES A L'ASSURANCE MALADIE

Avant l'article 10

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse supprimant le forfait hospitalier.

Article 10

(articles L. 162-222, L. 162-22-3, L. 162-22-8 du code de la sécurité sociale et article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles)

Mode de calcul de l'objectif quantifié national des cliniques privées

Cet article établit le calcul de l'objectif quantifié national (OQN) des cliniques privées en droits constatés. Il permet, par ailleurs, de prendre en compte la reconversion d'établissements de santé privés sous OQN en établissements médico-sociaux.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével supprimant la possibilité de prendre en compte plusieurs critères pour la détermination de l'objectif quantifié national des cliniques privées, après que **M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a indiqué qu'il fallait conserver une certaine souplesse permettant plusieurs choix.

La commission a *adopté* l'article 10 sans modification.

Article 11

(article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 et article 1^{er} de la loi n° 78-753 du 17 juillet 1978)

Création d'une mission d'audit et d'expertise hospitalier

Cet article ajoute aux charges du Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES) le financement d'une mission d'audit et d'expertise hospitaliers chargée d'établir un diagnostic de la gestion des hôpitaux et de définir des référentiels de bonne pratique.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 11 sans modification.

Article additionnel après l'article 11

Validation de la rémunération des gardes effectuées par des médecins faisant fonction d'interne

La commission a examiné un amendement présenté par M. Pierre Morange validant les mandats globaux relatifs aux indemnisations des gardes effectuées par des médecins faisant fonction d'interne.

M. Pierre Morange a rappelé qu'en raison de l'insuffisance chronique de personnels hospitaliers, notamment due à l'application des trente-cinq heures, des médecins faisant fonction d'interne ont été recrutés avec l'engagement contractuel de toucher une rémunération au titre des gardes effectuées égale à celle des personnels titulaires.

Prétextant que l'indemnisation de ces gardes n'a pas été rémunérée au taux réglementaire en vigueur, certaines chambres régionales des comptes ont remis en cause les sommes ainsi touchées par ces personnels, au titre d'un service effectif et en accord avec l'administration hospitalière.

Ces personnels ne doivent pas avoir à rembourser les sommes qu'ils ont gagnées de manière légale. C'est pourquoi il convient de prévenir un tel contentieux.

MM. Pascal Terrasse et Jean-Marie Le Guen ont déclaré approuver cet amendement.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a exprimé son accord avec la nécessité de sécuriser sur le plan juridique ces situations qui confinent à l'abus de confiance pour ces personnels hospitaliers embauchés.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article 12

(article L. 6122-19 du code de la santé publique)

Expérimentation du financement des hôpitaux par l'activité

Cet article institue l'expérimentation d'un mode de tarification unique des établissements de santé publics et privés fondé sur leurs activités. A cette fin, il modifie le premier alinéa de l'article L. 6122-19 du code de la santé publique.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, prévoyant la transmission chaque année d'un rapport au Parlement sur la mise en œuvre de la tarification à l'activité des établissements de santé.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a expliqué qu'il convenait à la fois de mieux informer le Parlement sur les expérimentations menées en la matière et de sécuriser le caractère constitutionnel de cet article au regard du champ des lois de financement de la sécurité sociale.

M. Claude Evin s'est interrogé sur l'utilité d'un tel rapport, la tarification à l'activité ayant déjà été votée dans les lois de 1991 et 1999, et sur la place d'une telle demande de rapport à cet endroit du projet de loi.

La commission a *adopté* l'amendement.

Elle a ensuite examiné un amendement de M. Jean-Luc Préel, associant les organismes de protection sociale complémentaires à la mise en œuvre de la tarification à l'activité.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est opposé à cet amendement au motif qu'il rend le dispositif d'évaluation plus complexe.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a indiqué qu'il serait préférable d'attendre les résultats des chantiers ouverts sur la nouvelle gouvernance de la sécurité sociale et sur la répartition des compétences entre assurance de base et complémentaire pour prévoir une telle disposition.

La commission a *rejeté* l'amendement, puis elle a *adopté* l'article 12 ainsi modifié.

Article 13

(article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000
et article L. 6161-9 du code de la santé publique)

Fusion du Fonds pour la modernisation des cliniques privées dans le Fonds pour la modernisation des établissements de santé

Dans le cadre du plan quinquennal « Hôpital 2007 », le Fonds pour la modernisation des cliniques privées (FMCP) est absorbé par le Fonds pour la modernisation des établissements de santé (FMES), afin de concourir à l'investissement dans les domaines de la construction et de la rénovation du patrimoine immobilier hospitalier mais aussi de l'équipement et des systèmes d'information.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* un amendement de M. Bruno Gilles, dénommant le nouveau fonds : « Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés ».

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Préel, étendant les financements du fonds aux établissements sociaux et médico-sociaux, puis elle a *adopté* l'article 13 ainsi modifié.

Article 14

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

Extension des missions du Fonds pour l'emploi hospitalier

Cet article étend les missions du Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) au financement du recrutement de 3 500 emplois de médecins hospitaliers et de 45 000 emplois au titre de la réduction du temps de travail.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

Après que la commission a *adopté* trois amendements de M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, ayant un objet rédactionnel, elle a *adopté* l'article 14 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 14

(article 8 du code des marchés publics)

Achat de médicaments par les hôpitaux

La commission a examiné un amendement de M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant à modifier le code des marchés publics afin de faciliter le recours à des groupements d'achat pour l'acquisition de médicaments par les établissements de santé.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a indiqué que certaines dispositions du code des marchés publics ont un effet néfaste sur les politiques d'achat de médicaments et, partant, sur les prix. Les hôpitaux publics, soumis aux dispositions de ce code, doivent, en principe, faire jouer la concurrence. Pour les médicaments qui ne sont pas en situation de monopole, il convient de rééquilibrer les rapports entre une offre de plus en plus concentrée et la dispersion des acheteurs hospitaliers, en constituant des groupements d'achat. Le code des marchés publics ne prend pas en compte la situation particulière des groupements d'hôpitaux pour les achats de médicaments. Pour que ceux-ci puissent fonctionner il faut, une fois les marchés passés, que les actes d'exécution puissent être délégués par le coordonnateur aux membres du groupement. En application des textes en vigueur sur les pharmaciens hospitaliers, seul le pharmacien d'un hôpital peut approvisionner celui-ci en médicaments.

M. Jean-Marie Le Guen a considéré que la mesure proposée, suggérée par la Cour des comptes, aboutissait à la recentralisation de la politique de gestion des hôpitaux.

M. René Couanau a répondu qu'il lui semblait que le mécanisme, fondé sur la conclusion de conventions, conservait au contraire une certaine souplesse.

La commission a *adopté* l'amendement.

Article additionnel après l'article 14

(article L. 6154-3 du code de la santé publique)

Conditions d'exercice d'une activité libérale à l'hôpital

La commission a examiné en discussion commune trois amendements : le premier présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et le deuxième présenté par M. Paul-Henri Cugnenc prévoient tous deux l'abrogation de la disposition ayant mis fin au paiement direct des praticiens

exerçant une activité libérale à l'hôpital, et le troisième présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents de travail, tend à garantir la transparence du mode de rémunération des praticiens ayant une activité libérale à l'hôpital.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents de travail, a précisé que si la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle avait supprimé la possibilité du paiement direct des praticiens à l'hôpital, cette disposition était restée inapplicable, faute de moyens en personnel suffisant, notamment en raison de l'application de la réduction du temps de travail.

M. Paul-Henri Cugnenc a expliqué que le régime de l'option entre le paiement direct et le paiement *via* l'administration de l'hôpital, qui existait depuis 1987, avait été remis en cause par la loi du 27 juillet 1999. Cette disposition inappliquée, car inapplicable, s'accompagne de la formation de longues files d'attente aux caisses de l'hôpital. A Paris, pas un seul hôpital n'applique cette disposition. Cependant, s'il faut la supprimer, il est également nécessaire de préserver la transparence du mode de rémunération des praticiens, ce qui le conduit à soutenir le troisième amendement présenté par le rapporteur car il est plus adapté à la réalité hospitalière.

Le président Jean-Michel Dubernard a exprimé sa préférence pour le second amendement présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, qui garantit une transparence dans la rémunération d'activités libérales grâce à une transmission du relevé du système national interrégime (SNIR) à la commission compétente de l'hôpital. Or, le manque de transparence avait motivé l'adoption de la disposition dont la suppression est aujourd'hui souhaitée. Il faut souligner que l'activité privée est un moyen de garder à l'hôpital des praticiens dans de nombreuses disciplines. Le Président a toutefois suggéré de supprimer, dans le deuxième paragraphe de l'amendement les mots « également au directeur », pour que les informations relatives à l'activité et aux recettes des praticiens exerçant une action soient transmises au seul président de la commission de l'activité libérale. Le rapporteur a accepté de rectifier son amendement en ce sens.

M. René Couanau a expliqué que la mesure votée en 1999 était hypocrite. Certains, qui n'ont jamais accepté la possibilité de l'activité libérale à l'hôpital, ont, sans la mettre directement en cause, pris des mesures interdisant le paiement direct du praticien par le patient. Cette interdiction, interprétée par les praticiens comme une brimade, n'a de plus pas été comprise par les patients. En tous les cas, il est indispensable que l'activité libérale à l'hôpital soit encadrée et régulée.

M. Claude Evin a d'abord précisé que l'effet de la réduction du temps de travail n'était pas en cause s'agissant d'une loi promulguée avant sa mise en place. En outre, la disposition est plus appliquée qu'on ne le dit. Lors de son adoption, elle a été considérée comme une mesure d'assainissement, l'activité libérale exigeant l'établissement de règles. Par ailleurs, les amendements proposés n'ayant pas d'impact financier sur les régimes de sécurité sociale et n'améliorant pas le contrôle du Parlement, ils seront sans doute jugés contraires aux dispositions de la loi organique du 22 juillet 1996 en cas de saisine du Conseil constitutionnel.

Mme Muguette Jacquaint s'est déclarée gênée que l'hôpital public soit encore une fois montré du doigt, particulièrement dans l'exposé des motifs d'un des amendements déposés. Elle a déclaré qu'elle voterait contre les amendements.

Après que les deux premiers amendements ont été *retirés* par leurs auteurs, la commission a *adopté* l'amendement ainsi modifié de M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, garantissant vis-à-vis de l'établissement public de santé employeur un exercice transparent de l'activité libérale au sein de l'hôpital ainsi modifié.

Après l'article 14

La commission a examiné un amendement présenté par Mme Jacqueline Fraysse tendant à faciliter la formation et le recrutement de personnels paramédicaux.

Mme Muguette Jacquaint a indiqué que le manque d'infirmières sur le marché du travail, estimé à 20 000 par la Fédération hospitalière de France (FHF), ainsi que l'annonce de la création de 45 000 emplois rendaient nécessaire l'adoption de mesures d'urgence de formation de ces personnels.

M. Pascal Terrasse a souligné l'importance de cet amendement. En effet, s'il est en augmentation, le nombre des étudiants dans ce secteur demeure insuffisant. Il s'agit notamment de l'effet bien connu du « papy-boom », attendu à partir de 2005.

Mme Catherine Génisson a proposé un sous-amendement tendant à inclure, dans le bénéfice de l'allocation visée au troisième alinéa de l'amendement, les élèves aides-soignants.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a rappelé que c'est à la demande du principal syndicat d'infirmiers de France que les quotas ont été institués.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a souligné l'intérêt de l'amendement non sans rappeler qu'il risquait d'être irrecevable en application de l'article 40 de la Constitution. En revanche, le Fonds pour l'emploi hospitalier (FEH) a vocation à recevoir une dotation de 400 millions d'euros pour 2002 et 320 millions d'euros pour 2003.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a fait part de son étonnement de voir l'opposition découvrir le problème après cinq ans d'exercice du pouvoir. Pour ce qui concerne la formation des aides-soignants, les conseils généraux doivent être sollicités.

Mme Catherine Génisson a estimé que la formation des personnels n'entrait pas dans le cadre des missions du FEH.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a indiqué que l'important était de pallier, d'une façon ou d'une autre, le manque de personnel.

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé que les missions du FEH, mentionnées à l'article 14 du présent projet, consistaient à financer la mise en œuvre des trente-cinq heures.

Mme Muguette Jacquaint s'est insurgée contre la mise en échec de l'action des parlementaires, alors que la volonté commune de créer 20 000 emplois existe.

M. Jean Le Garrec a rappelé que, lorsqu'un amendement *a priori* irrecevable était examiné par la commission, le président de la commission avait la faculté d'invoquer l'article 86 du Règlement de l'Assemblée nationale.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 15

(articles L. 162-5-9, L. 162-15-2, L. 162-15-3, L. 162-5-13, L. 162-15, L. 322-5-1, L. 162-12-16, L. 315-3, L. 615-13 du code de la sécurité sociale et article L. 732-5 du code rural)

Suppression du mécanisme dit des « lettres-clefs flottantes » et des comités médicaux régionaux

Le présent article vise à modifier le code de la sécurité sociale et le code rural afin, d'une part, de supprimer le mécanisme de contrôle des dépenses de soins de ville institué par l'article 24 de la loi de financement de sécurité sociale pour 2000 et dénommé « lettres-clefs flottantes » et, d'autre part, de supprimer les comités médicaux régionaux créés par l'ordonnance n°96-345 de 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

Sur avis défavorable de **M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, la commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prél tendant à prévoir que la procédure du règlement conventionnel minimal appliqué aux professions sous convention comporte une consultation des organismes de protection sociale complémentaire.

La commission a ensuite *adopté* un amendement de coordination présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

La commission a *adopté* l'article 15 ainsi modifié.

Article 16

(article L. 228-1 du code de la sécurité sociale)

Missions du conseil de surveillance de la Caisse nationale d'assurance maladie

Cet article vise à élargir les missions du conseil de surveillance de la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), afin qu'il « *veille à la cohérence* » des conventions passées entre la CNAM et les professionnels de santé avec l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de suppression de cet article présenté par M. Claude Evin.

M. Jean-Marie Le Guen a jugé que cet article devait être supprimé car il introduit une grande confusion dans les missions attribuées au conseil de surveillance de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Il faut rappeler qu'en dépit de la signature d'une convention d'objectifs et de gestion, l'Etat n'a pas pleinement joué le jeu de la clarification et de la normalisation de ses relations avec les caisses de sécurité sociale. Cet article vise en fait à éviter que le Parlement ne s'intéresse de trop près à la réalité des relations entre l'Etat et ces caisses. Il a pour objet de cacher l'absence totale de bonne volonté de la part de l'Etat en ce domaine.

M. Claude Evin a estimé que cet article devait être supprimé pour deux raisons : d'une part, son caractère constitutionnel est plus que douteux car les dispositions qui y sont contenues n'ont pas d'incidence sur le financement de la sécurité sociale – il s'agit donc d'un cavalier qui devrait logiquement être censuré par le Conseil constitutionnel – et d'autre part, les dispositions de cet article vont à l'encontre de l'objectif affiché par le gouvernement d'instaurer une nouvelle gouvernance et des relations de responsabilité entre l'Etat et les caisses.

M. Jean-Luc Prél a considéré que cet article ne serait pas invalidé par le Conseil constitutionnel en cas de saisine, car il contribue à permettre le respect des objectifs fixés dans le cadre de l'ONDAM et comporte donc des incidences sur le financement de la sécurité sociale.

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a examiné un amendement présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, visant à préciser de quelle manière le conseil de surveillance veille à la cohérence des conventions conclues entre la caisse nationale et les professionnels de santé avec l'ONDAM.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a indiqué que la mission, attribuée au conseil de surveillance, de veiller à cette cohérence devait se traduire par l'adoption d'un avis motivé, transmis ensuite au Parlement et au gouvernement. Il est en outre prévu que le conseil de surveillance adopte un rapport annuel sur la politique conventionnelle, également transmis au Parlement et au gouvernement.

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé que le conseil de surveillance était constitué d'une trentaine de membres, dont seulement six parlementaires. En dehors des parlementaires, les membres de ce conseil se définissent eux-mêmes comme des « recalés » du conseil d'administration de la CNAM. Ces personnes représentent, par exemple, des associations travaillant dans le milieu médico-social, des organismes de couverture complémentaires d'importance moyenne ou encore l'association des directeurs d'hôpitaux.

En dépit de la qualité individuelle de chacun d'eux, ces membres n'ont aucunement vocation à se prononcer valablement sur les rapports contractuels entre les professionnels de santé et les caisses. Il faut se souvenir que ce rassemblement hétérogène de personnalités devait initialement cantonner son activité à la surveillance, sur un plan institutionnel, des relations entre l'Etat et les caisses. Les problèmes de gouvernance ne sont clairement pas de son champ de compétences.

L'amendement du rapporteur vise à conférer au conseil de surveillance des tâches qu'il ne saurait remplir et qu'il ne remplira d'ailleurs pas dans les faits, même si une disposition législative le prévoit.

M. Jean le Garrec a estimé que l'amendement du rapporteur crée une véritable usine à gaz et restera lettre morte.

M. René Couanau a considéré que l'article 16 a le mérite d'approfondir le rôle du conseil de surveillance et que l'amendement du rapporteur présente l'avantage de préciser encore davantage les modalités concrètes de la nouvelle mission attribuée. L'objectif poursuivi est bien que le dispositif fonctionne le mieux possible dans les faits.

M. Jean-Marie Le Guen a rappelé que la convention d'objectifs et de gestion est un document d'une vingtaine de pages qui s'attache à traiter des sujets tels que les modalités d'accueil du public, les efforts de productivité des caisses, la mise en place de centrales téléphoniques de renseignements pour les usagers. Les membres du conseil de surveillance n'ont aucune légitimité pour délibérer sur d'autres sujets. Si la création de l'Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, que le président Jean-Michel Dubernard appelle de ses vœux, voit le jour, il faudra alors songer à faire disparaître le conseil de surveillance devenu sans objet.

Le président Jean-Michel Dubernard a souligné que l'office ne serait compétent qu'en matière d'évaluation des politiques de santé.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur.

Puis elle a *adopté* l'article 16 ainsi modifié.

Article 17

(article L. 162-16 du code de la sécurité sociale)

Spécialités délivrées sur présentation d'une prescription rédigée en dénomination commune internationale

Le présent article propose de modifier les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux conditions du remboursement d'une spécialité délivrée par un pharmacien d'officine sur présentation d'une prescription rédigée en dénomination commune internationale (DCI). Au vu d'une prescription en dénomination commune internationale, le pharmacien doit délivrer une spécialité conforme à la prescription, mais dont l'écart de prix avec la spécialité moins chère conditionne le remboursement. Le présent article vise à étendre la comparaison des prix à des spécialités ne figurant pas dans un groupe générique.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* quatre amendements de suppression de l'article présentés par MM. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Jean-Marie Le Guen, Bruno Gilles et Bernard Perrut. Elle a donc *supprimé* l'article 17.

En conséquence, quatre amendements sont *devenus sans objet* :

- deux amendements de M. Bernard Perrut et de M. Bruno Gilles visant à restreindre l'application de l'article 17 à des spécialités essentiellement similaires ;

- un amendement de M. Claude Leteurtre visant à préciser que la délivrance d'une spécialité sur la présentation d'une prescription en dénomination commune concerne les médicaments conformes à la prescription et de forme galénique identique ;

- un amendement présenté par M. Jean-Marie Le Guen visant à restreindre le champ d'application de cette disposition aux spécialités figurant dans un groupe générique.

Article 18

(articles L. 183-1, L. 315-1, L. 315-1-1 nouveau et L. 615-13 du code de la sécurité sociale et article L. 732-5 du code rural)

Dénomination et missions du service médical de l'assurance maladie

Cet article vise à réformer le service du contrôle médical de l'assurance maladie, en modifiant sa dénomination et ses missions.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* cinq amendements rédactionnels de M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Pierre Door, tendant à contraindre les caisses d'assurance maladie à transmettre aux unions régionales des médecins libéraux toutes les statistiques en leur possession relatives à l'activité des médecins et aux chiffres de dépenses de santé.

M. Jean-Pierre Door a estimé que, jusqu'à présent, les caisses d'assurance maladie n'avaient pas joué le jeu en ne transmettant pas à ces unions la totalité des données considérées.

Après que **M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a indiqué que la mesure proposée relevait du domaine réglementaire, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* deux amendements rédactionnels et de précision présentés par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Elle a ensuite *rejeté* un amendement de M. Jean-Marie Le Guen visant à renvoyer à la convention d'objectifs et de gestion la détermination des conditions de mise en œuvre de l'article L. 315-1-1 nouveau du code de la sécurité sociale.

La commission a ensuite *adopté* l'article 18 ainsi modifié.

Article 19

(article L. 162-5 du code de la sécurité sociale)

Mesures et procédures applicables aux médecins en cas de pratiques abusives

Cet article modifie l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale afin d'étendre le champ d'application de la convention nationale régissant les rapports entre les organismes d'assurance maladie et les médecins libéraux à la détermination des « *mesures et procédures* » applicables aux médecins ayant des pratiques abusives. Les autres professions de santé ne sont pas concernées par le présent article.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* un amendement rédactionnel présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, puis elle a *adopté* l'article 19 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 19

(article 36 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)

Prorogation de l'agrément des réseaux de soins

La commission a *adopté* un amendement de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, prolongeant jusqu'au 31 décembre 2003 l'agrément des réseaux de soins devant arriver à échéance à la fin de l'année 2002.

Article additionnel après l'article 19

(article L. 162-7-4 du code de la sécurité sociale)

Accord cadre entre le Comité économique des produits de santé et l'industrie pharmaceutique

La commission a examiné trois amendements présentés respectivement par MM. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, Bruno Gilles et Bernard Perrut, tendant à inscrire dans la loi le principe des accords cadres sectoriels conclus entre le Comité économique des produits de santé et les organisations représentatives de l'industrie pharmaceutique.

Après que **M. Jean-Marie Le Guen** a exprimé son soutien à l'objectif recherché par les amendements, la commission a *adopté* l'amendement du rapporteur, les deux autres étant *devenus sans objet*.

Après l'article 19

La commission a *rejeté* trois amendements de Mme Jacqueline Fraysse :

- le premier rendant automatique le dépôt d'une demande d'inscription sur la liste des médicaments remboursables pour toute spécialité ayant obtenu une autorisation de mise sur le marché ;

- le deuxième créant un Fonds d'aide au développement de la recherche sur les maladies rares et les maladies tropicales ;

- le troisième disposant que le taux moyen de remboursement est fixé chaque année par le Parlement.

Article 20

(article L. 162-17-8 nouveau du code de la sécurité sociale)

Inscription accélérée sur la liste des médicaments remboursables

Cet article vise à créer un nouvel article dans le code de la sécurité sociale, afin de mettre en place une procédure accélérée d'inscription sur la liste des médicaments remboursables aux assurés sociaux. Il s'agit de la procédure dite de « dépôt de prix » visant à assurer une place privilégiée à l'innovation et à garantir un accès plus rapide aux produits innovants aux patients dans le cadre de la médecine de ville.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *rejeté* un amendement de M. Bernard Perrut disposant que les modalités d'inscription accélérée sur la liste des médicaments remboursables sont fixées par l'accord-cadre conclu entre l'Etat et la profession, ou à défaut, par décret.

La commission a examiné en discussion commune un amendement de M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, réservant la procédure d'inscription accélérée aux médicaments présentant un intérêt particulier en raison de l'amélioration du service médical rendu et un amendement de Mme Jacqueline Fraysse, supprimant la notion de caractère innovant des conditions imposées aux médicaments pouvant faire l'objet de la procédure.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a précisé que si les deux amendements ont pour objet de supprimer la référence au caractère innovant, son amendement corrige, de plus, une erreur de numérotation et, surtout, fait référence à l'amélioration du service médical rendu par le médicament.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur.

En conséquence, l'amendement de Mme Jacqueline Fraysse est *devenu sans objet*.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Jean-Luc Prével disposant que le décret en Conseil d'Etat précisant les conditions d'application de la procédure accélérée d'inscription mentionnera également les conditions de consultation des organismes de protection sociale complémentaire.

Puis la commission a *adopté* l'article 20 ainsi modifié.

Article additionnel après l'article 20

(article L. 168-8 nouveau du code de la sécurité sociale)

Délai d'examen par l'administration des demandes d'inscription sur la liste des dispositifs médicaux remboursables et des demandes de fixation du tarif de responsabilité

La commission a examiné deux amendements similaires de M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et de M. Jean-Luc Prével, disposant qu'en cas de non-respect par l'administration du délai de cent quatre-vingts jours prévu pour qu'elle se prononce sur le remboursement et le tarif des dispositifs médicaux, la demande, passé ce délai, est réputée acceptée.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a expliqué que le délai de cent quatre-vingts jours n'est actuellement quasiment jamais respecté. L'amendement est donc destiné à inciter l'administration à accélérer l'instruction des dossiers. La France se caractérise en effet par des procédures trop longues, en partie dues au manque de moyens des administrations compétentes. Ces retards sont particulièrement dommageables pour les dispositifs médicaux dont la durée de commercialisation est très brève en raison de la rapide obsolescence des techniques.

M. Jean-Marie Le Guen a mis en garde les auteurs des amendements contre le risque médico-légal qu'ils comportent. Si l'administration n'est pas en état de rendre une décision dans les délais actuellement prévus par la loi, il peut être dangereux de convertir l'absence de réponse en décision implicite d'acceptation.

M. Jean Le Garrec a estimé que le délai retenu de cent quatre-vingt jours était trop court pour pouvoir entraîner une décision implicite d'acceptation. La rédaction de l'amendement pourrait être modifiée afin de proposer un délai plus long.

M. Jean-Marie Geveaux a observé que si le délai de cent quatre-vingts jours est actuellement jugé trop court, il n'est peut-être pas raisonnable d'inverser le mécanisme du dispositif d'autorisation.

Mme Catherine Génisson a également évoqué les risques que pourraient comporter des autorisations de prix et de remboursement accordées sans contrôle réel de l'administration.

M. Jean-Luc Prével a précisé que l'amendement concerne uniquement la fixation d'un prix et l'autorisation du remboursement. Si le médicament ou le dispositif médical pose un problème, il pourra toujours être retiré.

M. Pascal Terrasse a souligné que les amendements renvoient au problème plus général des décisions administratives de rejet par silence gardé.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a déclaré ne pas ignorer les risques de nature médico-légale contenus dans son amendement mais a néanmoins souhaité pouvoir le présenter en séance publique au nom de la commission afin d'interpeller le gouvernement, quitte à le retirer ensuite.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur, l'amendement de M. Jean-Luc Prél *devenant sans objet*.

Après l'article 20

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Jean-Luc Prél :

- le premier prévoyant pour les dispositifs médicaux les plus innovants un système d'inscription accélérée sur la liste des services remboursables ;
- le second prévoyant la prise en charge par les organismes de sécurité sociale de l'ensemble des dispositifs médicaux, tels que définis à l'article L. 5211-1 du code de la santé publique, utilisés dans les établissements de santé privés, à l'exclusion du petit matériel inclus dans le complément afférent aux frais de salle d'opération.

Article 21

(articles L. 162-17-4 et L. 162-17-9 nouveau du code de la sécurité sociale)

Pénalités financières applicables aux entreprises exploitant des médicaments

Cet article vise à modifier les dispositions du code de la sécurité sociale relatives aux sanctions applicables aux entreprises dont les médicaments ont fait l'objet d'une interdiction de publicité et aux entreprises n'ayant pas fourni toutes les informations relatives aux médicaments pour lesquelles elles ont demandé leur remboursement par l'assurance maladie.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *rejeté* un amendement de suppression de l'article présenté par M. Bernard Perrut.

Elle a ensuite *adopté* trois amendements présentés par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, le premier de précision, le deuxième de correction d'une erreur de numérotation et le troisième de portée rédactionnelle.

La commission a *rejeté* deux amendements de M. Jean-Luc Prél visant à prévoir la présence des représentants des organismes de protection sociale complémentaire au sein de la commission de la transparence qui a pour fonction de rendre un avis sur le service médical rendu et son amélioration aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, en vue de l'inscription des médicaments sur la liste des spécialités remboursables.

Puis la commission a *adopté* l'article 21 ainsi modifié.

Article 22

(articles L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles, L. 3411-2 et L. 3311-2 du code de la santé publique et L. 174-9-1 du code de la sécurité sociale)

Transfert à l'assurance maladie du financement des dépenses des centres spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes

Cet article a pour objet de transférer de l'Etat à l'assurance maladie le financement des dépenses médico-sociales des centres spécialisés dans la prise en charge des toxicomanes.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 22 sans modification.

Article 23

(article L. 132-1 du code de la sécurité sociale)

Transfert à l'assurance maladie du financement des dépenses d'interruption volontaire de grossesse

Cet article a pour objet de transférer de l'Etat à l'assurance maladie la prise en charge des frais de soins et d'hospitalisation afférents aux interruptions volontaires de grossesse (IVG).

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 23 sans modification.

Article 24

(article L. 6312-5 du code de la santé publique et articles L. 161-34 et L. 322-5-2 du code de la sécurité sociale)

Financement du forfait de garde pour les entreprises de transports sanitaires

Cet article permet aux entreprises de transports sanitaires (ambulanciers) d'être rémunérées par un forfait pour les gardes qu'elles doivent effectuer au titre de la continuité et de la permanence des soins.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* un amendement de précision présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Puis elle a *adopté* l'article 24 ainsi modifié.

Article 25

(article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles et article 5 de la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001)

Prolongation du délai pour la signature des conventions tripartites par les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes

Cet article reporte du 31 décembre 2003 au 31 décembre 2006 la date limite pour la signature des conventions pluriannuelles tripartites entre les établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD), les départements et l'Etat, signature qui conditionne le droit pour ces établissements d'accueillir ces personnes.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné, en discussion commune, trois amendements : deux amendements présentés par M. Jean-Luc Prével, le troisième présenté par M. Pascal Terrasse, relatifs à la date limite pour la signature des conventions tripartites.

M. Jean-Luc Prével a rappelé que la médicalisation des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes (EHPAD) était subordonnée à la signature de ces conventions. Il est donc indispensable de raccourcir le délai fixé par le projet pour leur signature, en prévoyant que les établissements déposent une demande de conventionnement avant la fin de l'année 2003 et que les conventions seront signées au plus tard en 2004.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a rappelé que seules 950 conventions avaient été signées sur les 8 000 attendues et que repousser le délai à 2006 comme le prévoit l'article 25 créerait des retards préjudiciables.

M. Pascal Terrasse a indiqué qu'avant 1997, les EHPAD disposaient de financements par le biais des sections de cures médicales. Ensuite les financements destinés à améliorer la qualité de la prise en charge médicale des personnes âgées dépendantes ont été bloqués jusqu'à la mise en place de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). Il faut donc maintenant que les EHPAD puissent rapidement entrer dans le cadre de la réforme de la tarification. Si la date butoir fixée à 2006 paraît réaliste pour les foyers logements, elle est beaucoup trop lointaine pour les autres établissements. En effet, plus les délais laissés aux établissements seront longs et plus les crédits initialement prévus pour le financement de la réforme de la tarification seront étalés dans le temps, et au total des financements moindres risquent d'y être consacrés.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé qu'il avait demandé dès 1997 que le délai prévu pour la réforme de la tarification soit ramené à un an et qu'elle n'a toujours pas pu être mise en place à ce jour, notamment en raison de la création de l'APA et de la réduction du temps de travail qui ont fortement affecté le fonctionnement des établissements. Le gouvernement espère que le conventionnement pourra être achevé en 2005, sachant que les difficultés viennent aussi des établissements eux-mêmes. Plutôt que de fixer des délais qui ne seront pas tenus, il serait préférable de montrer aux établissements leur intérêt de signer le plus vite les conventions tripartites qui leur permettront d'obtenir des crédits supplémentaires destinés à l'amélioration de la qualité. Il est quand même paradoxal que les gestionnaires d'établissements réclament la fixation d'une date butoir plus rapprochée alors qu'ils peuvent à tout moment décider de signer une convention.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler a rappelé que la réforme de la tarification doit permettre de réduire les inégalités entre les personnes hébergées, qui tiennent aux financements variables des établissements par l'assurance maladie. Si un établissement ne reçoit aucun financement à ce titre, les tarifs d'hébergement qui sont demandés aux résidents servent en réalité à payer aussi la prise en charge sanitaire. Repousser de plusieurs années les délais entretiendrait donc un système inégalitaire.

En outre, l'impératif d'amélioration de la qualité des soins doit être poursuivi. Trop souvent, le personnel des établissements, en nombre insuffisant, ne possède pas les qualifications requises. Le taux d'encadrement moyen dans les établissements pour personnes âgées est de 0,3, alors qu'il est de 1,1 dans les établissements pour personnes handicapées adultes. En raison de ce double enjeu, le délai limite de mise en œuvre de la réforme de la tarification ne doit pas être repoussé à une date trop lointaine.

M. René Couanau a souligné que la réforme de la tarification est inenvisageable avant 2006 pour les foyers-logements et que pour les autres établissements, celle de 2004 apparaît un peu prématurée.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a proposé comme moyen terme de retenir la date du 31 décembre 2005, sauf pour les foyers-logement.

La commission a *rejeté* le premier amendement de M. Jean-Luc Préel fixant la date limite au 31 décembre 2004.

La commission a *adopté* le deuxième amendement de M. Jean-Luc Préel, modifié, qui fixe au 31 décembre 2005 la date butoir pour les EHPAD et au 31 décembre 2006 celle pour les foyers-logements.

En conséquence, l'amendement de M. Pascal Terrasse est *devenu sans objet*.

La commission a ensuite *adopté* un amendement de précision de M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, puis l'article 25 ainsi modifié.

Article 26

(article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles)

Réintégration des médicaments remboursables dans les tarifs de soins des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées et ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur

Cet article revient à supprimer l'article 96 de la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, qui a sorti les médicaments remboursables du forfait de soins des établissements assurant l'hébergement des personnes âgées ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur. Il s'agit donc de réintégrer ces médicaments et autres dispositifs médicaux dans les tarifs des établissements et de ne plus les faire prendre en charge directement par l'assurance maladie.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné deux amendements de suppression de l'article, l'un présenté par M. Pascal Terrasse et l'autre par M. Michel Heinrich.

M. Pascal Terrasse a souligné que la réintégration des médicaments dans le forfait soins des EHPAD remettrait en cause l'équilibre de leur budget. Il a ensuite rappelé le rôle que devrait avoir le médecin coordonnateur et la nécessité, si cet article était adopté, de définir une liste de spécialités pharmaceutiques coûteuses qui seraient exclues de l'enveloppe.

M. Michel Heinrich a souligné les discriminations entre les personnes hébergées en établissement et celles à domicile qui seraient générées par cet article, lequel risque aussi de conduire les établissements à sélectionner leurs résidents à l'entrée, en n'accueillant pas ceux dont l'état induirait des coûts très élevés en médicaments.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a rappelé la nécessité de maintenir des pharmacies en milieu rural.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a précisé que la suppression de cet article risque de remettre en cause à terme la réforme de la tarification. En effet, les personnels infirmiers risquent de réclamer un paiement à l'acte s'ils sont les seuls à être inclus dans le forfait. En outre, il serait ainsi créé une différence de situation entre résidents des établissements ayant une pharmacie intérieure et ceux n'en ayant pas. Cependant, en raison de la convergence des critiques formulées contre cet article, il a souhaité s'en remettre à la sagesse de la commission.

La commission a *adopté* ces amendements. Elle a donc *supprimé* l'article 26.

En conséquence, deux amendements de MM. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, et Pascal Terrasse, relatifs aux conventions d'achat de médicaments par les établissements sont *devenus sans objet*.

Article additionnel après l'article 26

(article L. 162-16-1 du code de la sécurité sociale)

Relations entre pharmacies et établissements assurant l'hébergement des personnes âgées dépendantes

La commission a *adopté* un amendement de M. Michel Heinrich visant à intégrer dans la convention nationale des pharmaciens d'officine les obligations de contrôle et de coordination des soins des pharmacies en relation avec des EHPAD, **M. Michel Heinrich** ayant précisé qu'il s'agit de renforcer le travail de collaboration entre les gérontologues et les pharmaciens.

Article 27

(articles L. 162-16 et L. 162-17-6 nouveau du code de la sécurité sociale)

Tarif forfaitaire de remboursement pour les médicaments

S'agissant des conditions du remboursement des dépenses de médicament par les régimes d'assurance maladie, cet article propose de créer un remboursement sur la base d'un tarif forfaitaire.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article présenté par M. Jean-Marie Le Guen.

M. Pascal Terrasse a estimé que l'article 27, qui remet en cause le principe consistant à accorder un prix supérieur aux médicaments porteurs d'innovations thérapeutiques, découragera la recherche.

Après que **M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail**, a précisé qu'il avait déposé un amendement visant à réécrire le II de l'article 27 et s'est déclaré défavorable à l'amendement de M. Pascal Terrasse, la commission l'a *rejeté*.

La commission a ensuite examiné deux amendements identiques, présentés par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail et par M. Bernard Perrut visant à supprimer la mention des groupes d'équivalence dans le I de l'article 27.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a précisé qu'en raison de ses effets sanitaires potentiellement néfastes et afin d'éviter tout risque de confusion avec la notion de « classe thérapeutique », qui contient des médicaments pouvant comporter des effets secondaires très différents, la notion de « groupe d'équivalence » devait être supprimée.

La commission a *adopté* les amendements.

Suivant l'avis défavorable du rapporteur, elle a ensuite *rejeté* deux amendements, le premier de M. Bruno Gilles visant à préciser que le tarif forfaitaire de responsabilité s'applique à des spécialités essentiellement similaires, le second de M. Bernard Perrut ayant le même objet.

La commission a ensuite *adopté* un amendement présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, tendant à préciser que les conditions d'application du tarif forfaitaire sont déterminées par l'accord cadre sectoriel conclu entre le Comité économique des produits de santé et les organisations représentatives de l'industrie pharmaceutique ou, à défaut, par décret.

Elle a *adopté* un amendement de coordination présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Bernard Perrut visant à préciser qu'en cas d'application du tarif forfaitaire, les marges de distribution des médicaments génériques sont calculées par rapport à leur prix dit « fabricant ».

M. Michel Heinrich a *retiré* un amendement visant à supprimer le II de l'article 27.

La commission a *rejeté* un amendement identique de M. Bernard Perrut.

La commission a ensuite examiné un amendement présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, proposant une nouvelle rédaction du II de l'article 27 afin d'élargir la définition de groupe générique à des spécialités ayant la même composition qualitative et quantitative en principe actif, la même forme pharmaceutique et dont le profil de sécurité et d'efficacité est équivalent.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a expliqué qu'il était nécessaire d'élargir la notion de groupe générique afin d'y inclure certains médicaments comme le paracétamol qui, pour des raisons historiques, n'avaient jamais été génériqués. L'adoption de cet amendement nécessite par cohérence la suppression de l'article 17. En effet, l'article 17 vise à ce que la présentation d'une prescription en dénomination commune puisse autoriser la délivrance de ce type de médicament sous une formule peu coûteuse ; or, il apparaît que cet objectif peut être satisfait plus simplement par l'élargissement de la définition du groupe générique.

Mme Catherine Génisson a demandé au rapporteur pourquoi la rédaction proposée ne se limite pas à définir le groupe générique en indiquant qu'il rassemble des médicaments ayant la même molécule.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, ayant considéré qu'il était préférable d'apporter le maximum de précisions, la commission a *adopté* l'amendement.

Elle a également *adopté* un amendement de conséquence présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

Puis elle a *adopté* l'article 27 ainsi modifié.

Article 28

(article 4 de la loi n°88-16 du 5 janvier 1988)

Fin du mécanisme de cessation anticipée d'activité

Cet article vise à mettre fin, d'ici au 1^{er} juillet 2003, au mécanisme de cessation anticipée d'activité, dit « MICA », destiné aux médecins libéraux conventionnés.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné en discussion commune un amendement présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, proposant de fixer au 1^{er} octobre 2003 au lieu du 1^{er} juillet la date d'expiration du mécanisme d'incitation à la sortie d'activité (MICA) et un amendement présenté par M. Claude Evin reportant la date de fin des entrées dans le dispositif au 31 décembre 2003.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail a précisé que l'article anticipait la fin de la date de fermeture du MICA, procédure de départ à la retraite anticipée au bénéfice des médecins. Ce dispositif est devenu critiquable en raison de la baisse dramatique de la démographie médicale. C'est pourquoi le gouvernement propose de fermer les entrées dans le dispositif à compter du 1^{er} juillet 2003. Les médecins souhaitent prolonger le droit d'entrée jusqu'au 31 décembre, notamment pour des raisons fiscales. La date du 1^{er} octobre paraît un bon compromis.

M. Pascal Terrasse a fait observer que l'entrée dans le MICA correspond à une attente très forte de certains médecins. Dans ce contexte, adopter la date du 31 décembre serait donc préférable.

La commission a *adopté* l'amendement du rapporteur et a *rejeté* l'amendement de M. Claude Evin.

La commission a ensuite *adopté* deux amendements présentés par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, l'un de coordination, l'autre rédactionnel.

Elle a ensuite *adopté* l'article 28 ainsi modifié.

Article 29

(articles L. 161-22 et L. 643-2 du code de la sécurité sociale)

**Incitation à la poursuite et à la reprise d'activité
pour les médecins et les infirmières**

Le présent article vise à inciter les médecins et les infirmières à poursuivre ou à reprendre leur activité. En effet, en raison des évolutions démographiques prévisibles des médecins et des infirmiers, particulièrement dans les zones à faible densité, il est indispensable d'utiliser tous les mécanismes possibles autorisant les médecins et les

infirmiers à la retraite, quel que soit leur statut antérieur, libéral ou salarié, à être encore professionnellement actifs.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével étendant le bénéfice du dispositif de possibilité de la reprise d'une activité à temps partiel pour les médecins et infirmiers en retraite aux établissements du secteur médico-social.

M. Jean-Luc Prével, après avoir souligné l'intérêt de cet article, a émis l'espoir que le dispositif proposé soit efficace. L'exemple d'un dispositif comparable adopté l'an dernier au profit des infirmières en a montré les difficultés. En tout état de cause, il convient de l'étendre aux établissements sociaux et médico-sociaux afin de ne pas créer un système à deux vitesses.

M. Pascal Terrasse a objecté qu'il vaudrait mieux créer de nouveaux postes au profit de jeunes sans activité plutôt que de rappeler des personnels en retraite.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a relevé que la disposition proposée était d'application immédiate tandis que la formation de nouveaux personnels implique des délais relativement longs. Il s'est en conséquence déclaré favorable à l'amendement.

La commission a *adopté* l'amendement.

Elle a ensuite *adopté* un amendement de cohérence présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail.

La commission a examiné un amendement du même auteur éclairant les conditions dans lesquelles un décret pourrait autoriser le cumul de l'allocation vieillesse avec les revenus tirés de l'activité libérale, s'agissant de médecins ou d'infirmiers à la retraite.

M. René Couanau a observé que l'amendement du rapporteur, précisant que le décret tient compte du nombre et de la répartition des professionnels de santé concernés, ne comporte en revanche aucune référence à la situation géographique des personnels.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a retenu la suggestion de **M. Claude Evin** qui a proposé d'inclure une référence au secteur sanitaire.

La commission a *adopté* l'amendement ainsi rectifié.

La commission a ensuite *adopté* l'article 29 ainsi modifié.

Article 30

**Dotation de financement
de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux**

Cet article fixe à 70 millions d'euros le montant de la dotation de financement affectée en 2002 et en 2003 à l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prél complétant le financement de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales, par une dotation du budget de l'Etat

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a objecté que la solidarité nationale ne relève pas seulement de l'Etat mais aussi de la sécurité sociale et souligné le caractère irrecevable de l'amendement.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, prévoyant la remise au Parlement d'un rapport annuel d'activité de l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales.

M. Claude Evin a observé que la Commission nationale des accidents médicaux doit également faire un rapport chaque année sur un thème somme toute assez proche.

La commission a *adopté* l'amendement et l'article 30 ainsi modifié.

Article 31

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

**Missions et dotation de financement
du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville**

Cet article élargit les missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville et détermine son mode de financement pour l'année 2003.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* un amendement de M. Jean-Pierre Door élargissant les missions du Fonds d'aide à la qualité des soins de ville à l'information et à la formation des médecins libéraux.

La commission a ensuite *adopté* deux amendements de M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail : le premier est rédactionnel ; le second permet d'utiliser les réserves disponibles du fonds pour le financement de l'aide médicale d'urgence.

La commission a *adopté* l'article 31 ainsi modifié.

Article 32

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie pour 2003

En application du 4° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 123,5 milliards d'euros l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale pour 2003.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 32 sans modification.

Article 33

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche maladie pour 2003

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 136,31 milliards d'euros en 2003 l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 33 sans modification.

Article 34

Fixation de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé pour 2002

En application du 4° du I et du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à titre rectificatif l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale à 116,7 milliards d'euros pour 2002. Cela correspond à un dépassement de 3,91 milliards d'euros par rapport à la loi de financement de la sécurité sociale initiale pour 2002.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* l'article 34 sans modification.

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES BRANCHES DE LA SECURITE SOCIALE

Section 1

Branche accidents du travail et maladies professionnelles

Article 35

(article 43 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)

Dotation de financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante

Cet article fixe à 180 millions d'euros en 2002 et 190 millions d'euros en 2003 le montant de la dotation de financement affectée au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* un amendement de M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, prévoyant que le rapport d'activité du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante doit être remis au Parlement chaque année avant le 15 octobre.

La commission a *adopté* l'article 35 ainsi modifié.

Article 36

(article 47 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002)

Dotation de financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante

Cet article fixe à 300 millions d'euros en 2002 et 450 millions d'euros en 2003 le montant de la dotation de financement affectée au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* un amendement de M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, prévoyant que le rapport d'activité du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante doit être remis au Parlement chaque année avant le 15 octobre.

La commission a *adopté* l'article 36 ainsi modifié.

Après l'article 36

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à accorder le bénéfice du dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante à l'ensemble des victimes d'accidents du travail ou de maladies professionnelles.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin visant à étendre le dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante aux fonctionnaires.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est interrogé sur les raisons pour lesquelles une telle disposition n'a pas été proposée l'an dernier et a relevé le caractère irrecevable de l'amendement.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Article 37

Montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles

Cet article fixe à 330 millions d'euros en 2003 le montant du versement de la branche accidents du travail à la branche maladie au titre de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Marie Le Guen fixant à 290 millions d'euros le versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie, maternité, invalidité et décès du régime général de la sécurité sociale, au titre des frais supportés par cette dernière en raison des accidents du travail ou des maladies professionnelles non reconnus.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à l'amendement, observant que le montant du versement a été fixé après avis d'une commission indépendante.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à améliorer l'analyse des déclarations d'accidents du travail et de maladies professionnelles afin de mettre un terme à leur sous-déclaration.

Mme Jacqueline Fraysse a rappelé que cette sous-déclaration est unanimement reconnue au point que l'assurance maladie perçoit des fonds à ce titre.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a observé que cette mission relève de la CNAM et que l'adoption de l'amendement porterait atteinte à son autonomie de gestion.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* un amendement de M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, fixant au 15 octobre la date limite de remise au Parlement du rapport triennal de la commission d'évaluation et de l'avis de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la CNAM.

La commission a *adopté* l'article 37 ainsi modifié.

Après l'article 37

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse supprimant l'application du tarif de responsabilité des caisses, afin de mettre en œuvre le principe de gratuité totale des frais générés par un accident du travail ou une maladie professionnelle posé par l'article L. 431-1 du code de la sécurité sociale.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a observé que l'amendement est irrecevable.

Mme Jacqueline Fraysse, après avoir rappelé qu'il était assorti d'un gage, a estimé qu'il convenait en tout état de cause de statuer sur le fond et de déterminer s'il est normal que le principe de la gratuité totale soit remis en cause.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a néanmoins rappelé qu'une augmentation des charges publiques n'est pas susceptible d'être gagée.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin visant à permettre le remboursement des frais de transport générés par un accident du travail ou une maladie professionnelle.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, s'est déclaré défavorable à cet amendement pour les mêmes raisons que celles invoquées à l'encontre de l'amendement précédent.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, s'est interrogé sur les éventuels changements de situation qui pourraient expliquer la présentation de cet amendement, qui n'avait pas été jugé utile l'année dernière.

Mme Catherine Génisson a estimé que la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale constitue chaque année un cadre adapté pour améliorer la législation existante. Le problème, que l'amendement se propose de régler, revêt une dimension ce qui devrait permettre de réunir un consensus.

M. Claude Evin a rappelé que la question de la réparation intégrale des accidents du travail a déjà été évoquée dans le rapport annexé. Il s'agit d'une revendication ancienne des associations de victimes d'accidents du travail et de maladies professionnelles. Il y a déjà eu deux rapports et la situation concrète est en constante évolution. Que des amendements allant dans le sens d'une meilleure réparation soient repoussés à ce stade du débat sur la réparation intégrale, est compréhensible. Toutefois, il n'est pas possible d'évacuer tout débat sur la question, d'autant que le Président de la République s'est engagé en faveur de la réparation intégrale, qui existe déjà pour d'autres maladies, comme celles liées à l'amiante. Il faut donner un signal aux associations et débattre du fond des amendements plutôt que de les repousser pour des motifs de procédure.

M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, a rappelé que le rapport annexé prévoit l'étude des conditions de passage à la réparation intégrale, ce qui constitue une orientation de fond en la matière.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Claude Evin, supprimant l'exigence d'une durée de vie commune de deux ans avant le décès pour que le conjoint d'une personne victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle puisse exercer ses droits à indemnisation.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Claude Evin visant à relever le montant de l'indemnité journalière perçue par une personne victime d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle durant la période d'arrêt de travail, à un niveau équivalent à son salaire dès le premier jour de l'arrêt.

La commission a *rejeté* deux amendements identiques de Mme Jacqueline Fraysse et de M. Claude Evin disposant que la rente versée aux personnes victimes d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle est déterminée sur la base du taux d'incapacité permanente de la victime.

La commission a *rejeté* un amendement de M. Claude Evin et deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse définissant les montants des indemnisations versées aux ayants droit d'une personne décédée à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle en fonction du salaire annuel de la victime.

La commission a *rejeté* deux amendements de Mme Jacqueline Fraysse :

- le premier indexant les rentes pour incapacité permanente versée à la suite d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle sur l'évolution constatée des salaires,

- le second revalorisant de 5 % la totalité des prestations servies au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Article 38

(articles L. 221-4, L. 221-5, L. 227-1, L. 227-2, L. 227-3, L. 228-1 et L. 231-5-1
du code de la sécurité sociale)

Autonomisation de la gestion de la branche accidents du travail

Cet article autonomise le mode de fonctionnement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général, d'une part en la dotant d'une convention d'objectifs et de gestion et d'un conseil de surveillance et, d'autre part, en prévoyant la nomination directe des administrateurs de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article 38 présenté par M. Claude Evin.

M. Claude Evin a expliqué que les modifications proposées par l'article anticipent les travaux à venir sur la mise en place d'une nouvelle gouvernance de la sécurité sociale, sans véritablement créer une nouvelle caisse pour les accidents du travail. Il s'agit en fait essentiellement de permettre le retour du MEDEF au sein de la branche accidents du travail, alors même qu'il continuerait à être absent du conseil d'administration de la CNAM, ce qui n'est pas acceptable. De plus, un tel dispositif n'a pas à figurer dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale car il s'agit d'un cavalier social.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a ensuite *adopté* un amendement de coordination présenté par M. Jean Bardet, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail, tendant à supprimer le dernier alinéa du II de cet article, puis l'article 38 ainsi modifié.

Article 39

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail pour 2003

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 9,4 milliards d'euros en 2003 l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail et maladies professionnelles pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome II du présent rapport (rapport de M. Jean Bardet sur l'assurance maladie et les accidents du travail).

*

La commission a *adopté* cet article sans modification.

Section 2

Branche famille

Avant l'article 40

La commission a examiné un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, majorant de 0,8 % la revalorisation prévue pour la base mensuelle de calcul des allocations familiales (BMAF) pour 2003.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a précisé que cet amendement avait pour objet de porter la revalorisation de la BMAF à 2,5 % au lieu de 1,7 % comme le prévoit le projet de loi, afin que toutes les familles puissent bénéficier de mesures favorables et pas seulement les familles aisées comme cela est le cas avec les mesures qui ont été décidées en matière fiscale.

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse visant à indexer l'évolution de la BMAF sur celle des salaires.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a observé que le système actuel d'indexation sur les prix qui n'interdisait pas les coups de pouce était sans doute préférable.

M. Pascal Terrasse s'est félicité de la garantie d'évolution des prestations familiales que constitue leur indexation sur les prix décidée sous la précédente législature. Il serait souhaitable que pour 2003 les pensions de retraite évoluent de la même façon.

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse prévoyant le versement des allocations familiales dès le premier enfant après que la rapporteure a indiqué que, compte tenu de son coût important, cette mesure avait toujours été repoussée. Cependant cette demande ayant été également formulée par l'opposition l'année dernière, elle réunit manifestement des avis convergents.

Article 40

(article L. 521-1 du code de la sécurité sociale)

Création d'une allocation pour les familles perdant une partie de leurs allocations familiales pour des raisons liées à l'âge des enfants

Cet article crée une allocation forfaitaire de 70 € par enfant pour les familles d'au moins trois enfants qui perdent le bénéfice d'une partie de leurs allocations familiales en raison de l'âge atteint par un ou plusieurs de leurs enfants.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau sur la famille).

La commission a examiné un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, étendant aux familles de deux enfants l'allocation forfaitaire prévue par cet article.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a insisté sur la nécessité de faire bénéficier un plus grand nombre de familles de la seule disposition du projet de loi en direction des familles. Cela apparaît d'autant plus justifié que les familles de trois enfants sont déjà proportionnellement plus avantagées par le système des prestations familiales que celle de deux. Le coût de cette extension peut être estimé à 390 millions d'euros.

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, faisant bénéficier les familles de l'allocation forfaitaire dès le 1^{er} janvier 2003.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a souligné que les mesures du projet de loi de financement entraient généralement en vigueur au 1^{er} janvier de l'année suivante. Cela a été le cas, par exemple, pour le relèvement de l'âge limite de versement des prestations familiales ou pour la mise en place du congé de paternité. Il n'y a aucune raison que les familles attendent six mois pour bénéficier de la seule mesure prise en leur faveur.

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Mansour Kamardine étendant à Mayotte le principe du versement de l'allocation forfaitaire.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a observé que si sur le principe cette extension ne paraissait pas injustifiée, en l'état actuel du droit à Mayotte elle s'applique à des règles de versement des allocations familiales qui sont différentes de celles de la métropole. Ces règles spécifiques à Mayotte ont été posées par l'ordonnance du 7 février 2002. Comme le montre l'amendement suivant du même auteur, qui aligne sur la métropole la réglementation des prestations familiales à Mayotte, c'est bien à une réforme d'ensemble qu'entendent procéder ces amendements et cette réforme renvoie en réalité à la question du statut de Mayotte. Il est difficile d'avoir maintenant ce débat qui relève davantage de la discussion du projet de loi de ratification de l'ordonnance.

M. Pierre Morange s'est déclaré favorable à cet amendement à la forte portée symbolique pour la collectivité départementale de Mayotte.

M. Pascal Terrasse a observé que si cet amendement ne concernait que Mayotte, il introduisait en réalité une divergence supplémentaire entre les collectivités d'outre-mer.

La commission a *adopté* cet amendement.

Elle a ensuite *adopté* l'article 40 ainsi modifié.

Après l'article 40

La commission a *rejeté* un amendement de M. Mansour Kamardine alignant sur la métropole les règles de versement des prestations familiales à Mayotte.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, prévoyant le versement, sans condition de ressources, de l'allocation pour jeune enfant dite « courte » après que son auteur a indiqué que cette mesure permettra à toutes les familles, y compris celles d'un enfant, de faire face aux frais qui entourent la naissance.

La commission a ensuite examiné un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, ayant pour objet de prévoir des montants différents pour l'allocation de rentrée scolaire en fonction de l'âge de l'enfant.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a rappelé qu'il s'agissait d'un sujet plusieurs fois évoqué compte tenu de l'importance des dépenses auxquelles les parents doivent faire face lorsque l'un de leurs enfants entre dans une filière professionnelle.

M. René Couanau, président, a estimé que les attendus de cet amendement étaient justifiés. Il sera effectivement nécessaire, au moment opportun, de prévoir une modulation de cette allocation

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a examiné un amendement de Mme Jacqueline Fraysse ouvrant à nouveau le droit à l'allocation parentale d'éducation (APE), à l'issue du cumul de celle-ci avec la reprise d'une activité, dans le cas de changement de la situation professionnelle.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a observé que la formulation retenue pouvait faire craindre certains abus et a proposé un sous-amendement limitant le cas envisagé à celui du licenciement.

La commission a *rejeté* le sous-amendement et l'amendement.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse affectant à la formation des bénéficiaires de l'APE les économies résultant de la reprise d'activité anticipée, bien que la rapporteure ait souligné l'intérêt de cet amendement pour faciliter le retour à la vie active des femmes ayant arrêté de travailler.

Article 41

**Accélération de la prise en charge par la CNAF
des majorations de pension pour enfant**

Cet article poursuit le transfert progressif du financement des majorations de pension pour enfant du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) vers la CNAF, transfert qui avait été entamé par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau sur la famille).

*

La commission a examiné deux amendements de suppression de cet article présentés par MM. Etienne Pinte et Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél a souligné que le principe de l'autonomie des branches de la sécurité sociale imposait de ne pas poursuivre ce transfert entre la branche famille et la branche vieillesse et encore moins de l'accélérer.

M. Bernard Accoyer a convenu qu'il avait été beaucoup plaidé ces dernières années pour l'autonomie des branches. Mais aujourd'hui la sécurité sociale se trouve dans une situation extrêmement difficile parce que, dans une période de croissance, des sommes importantes n'ont pas été utilisées pour les réformes structurelles qui auraient été nécessaires. On ne peut donc comparer ce projet de loi de financement à ceux des années précédentes et ces amendements de suppression ne sont, en fait, plus d'actualité.

M. Pascal Terrasse a rappelé que lors des transferts précédents, les termes de *hold up* avaient été utilisés. Pour 2003, il s'agit d'un *hold up* aggravé.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a souligné qu'en début d'année le FSV disposait de réserves mais que celles-ci ont été « siphonnées » au bénéfice du FOREC. Aujourd'hui, la situation budgétaire difficile léguée par le précédent gouvernement oblige à poursuivre ce prélèvement.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a observé que le principe du financement des majorations de pensions pour enfants par la CNAF étant inscrit à l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale, les articles du projet de loi de financement de la sécurité sociale ne font que fixer la quotité transférée chaque année. Supprimer cet article reviendrait donc à opérer pour 2003 un transfert intégral.

La commission a *rejeté* ces amendements.

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, limitant le transfert à 45 % du montant des majorations de pensions pour enfant.

La commission a *adopté* l'article 41 sans modification.

Article 42

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche famille pour 2003

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 43,63 milliards d'euros en 2003 l'objectif de dépenses de la branche famille pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome III du présent rapport (rapport de Mme Marie-Françoise Clergeau sur la famille).

*

La commission a examiné un amendement de Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, majorant l'objectif de dépenses de la branche famille de 228 millions d'euros afin de reconduire en 2003 les moyens du Fonds d'investissement pour le développement des structures de garde collective.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a précisé que si ces crédits n'étaient pas prévus, on pouvait craindre que la création de l'allocation unique envisagée par le gouvernement ne signifie en fait la réduction des moyens consacrés à l'accueil de la petite enfance.

M. Pascal Terrasse a souligné la pertinence de cet amendement face à la politique anti-famille du gouvernement. Les collectivités doivent pouvoir aussi en 2003 s'appuyer sur des subventions qui sont indispensables à l'investissement pour l'accueil de la petite enfance.

La commission a *rejeté* cet amendement.

Elle a ensuite *adopté* l'article 42 sans modification.

Section 3

Branche vieillesse

Avant l'article 43

La commission a examiné deux amendements présentés par Mme Jacqueline Fraysse, le premier tendant à ouvrir le droit à la retraite à taux plein pour les salariés ayant cotisé quarante annuités avant d'atteindre l'âge de soixante ans, le second tendant à indexer les pensions de retraite sur les salaires.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a émis un avis défavorable sur les deux amendements tout en reconnaissant qu'ils soulèvent des problèmes très concrets qui devront être réglés dans le cadre de la prochaine grande réforme sur les retraites et que leur adoption serait donc prématurée.

La commission a *rejeté* les deux amendements.

Article 43

(article L. 351-11 du code de la sécurité sociale)

Revalorisation des pensions de retraites du régime général et des avantages alignés en fonction de l'évolution prévisionnelle des prix

Cet article revalorise le montant des pensions du régime général et des avantages alignés en fonction de l'évolution des prix, soit à + 1,5 % en 2003.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome IV du présent rapport (rapport de M. Denis Jacquat sur l'assurance vieillesse).

*

La commission a examiné un amendement de M. Pascal Terrasse visant à appliquer un coefficient de revalorisation des pensions de vieillesse de 1,7 %.

M. Pascal Terrasse a précisé que, si l'on s'en tient à la réforme de 1993 sur les retraites, le calcul de l'indexation des pensions s'établit à 1,7 % et non à 1,5 % comme prévu dans le projet de loi et que l'inflation prévue en 2003 est de 1,8 %. Evoquant le rapport de la Cour des comptes, il a indiqué que la revalorisation devrait reposer sur trois fondements : le rééquilibrage de l'année n - 1, l'inflation de l'année en cours et un éventuel coup de pouce. Le calcul du gouvernement n'est pas équitable puisqu'il s'appuie sur la moyenne de l'augmentation des trois dernières années en considérant que le coup de pouce est déjà inclus.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a estimé que l'addition de tous ces coups de pouce, en l'absence de vraie réforme des retraites, aggrave la situation des régimes et rend encore plus difficile la réforme et la pérennité du système par répartition.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, s'est déclaré défavorable à l'adoption de l'amendement car les projections à long terme effectuées par la CNAV à propos des coups de pouce font apparaître un dérapage de plus de trois milliards d'euros par an.

Il a en outre contesté le chiffre avancé par M. Pascal Terrasse. En effet, les coefficients de majoration et de revalorisation des pensions sont établis à partir du taux d'évolution annuelle des prix à la consommation des ménages, hors tabac, qui figure, pour l'année civile considérée, dans le rapport économique, social et financier annexé au projet de loi de finances. Ce chiffre, pour 2003, est de 1,5 % et non pas de 1,8 %.

La commission a *rejeté* l'amendement et *adopté* l'article 43 sans modification.

Après l'article 43

La commission a examiné un amendement présenté par M. Pascal Terrasse, visant à revaloriser le minimum contributif.

M. Pascal Terrasse a précisé que le minimum contributif instauré en 1983 s'élève actuellement à 525,63 euros mensuels pour des bénéficiaires ayant cotisé pendant le nombre d'annuités nécessaire, alors que le minimum vieillesse versé aux personnes n'ayant pas ou peu cotisé s'élève à 569,37 euros mensuels. Il faut faire évoluer ce minimum contributif, ce qui avait d'ailleurs été voté par la commission lors de l'examen du précédent projet de loi de financement.

Tout en reconnaissant qu'il y a là une situation injuste, **M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse**, a indiqué qu'il s'agit d'un autre problème majeur qui devra être pris en compte dans le cadre de la réforme générale des retraites.

La commission a *rejeté* cet amendement.

La commission a examiné un amendement de M. Pascal Terrasse visant à étendre aux hommes le bénéfice de la majoration de la durée d'assurance par enfant élevé, tel qu'il existe actuellement pour les femmes divorcées ou veuves ayant élevé seules leurs enfants.

M. Pascal Terrasse a précisé que cette inégalité de traitement entre les hommes et les femmes a été sanctionnée par la Cour de justice des communautés européennes et par le Conseil d'Etat.

La commission a *rejeté* l'amendement.

Elle a ensuite *rejeté* un amendement présenté par M. Pascal Terrasse tendant à mettre la législation en conformité avec la jurisprudence du Conseil d'Etat qui a estimé que le bénéfice d'une pension de retraite complète au terme de quinze années de service lorsque l'on a trois enfants devait aussi être accessible aux personnes du sexe masculin.

Elle a examiné trois amendements présentés par MM. Claude Evin, Jean-Luc Prél et Dominique Paillé tendant à exclure la majoration pour enfant de 10 % du calcul du plafond de cumul entre un avantage personnel de retraite et la pension de réversion.

Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, a estimé qu'il s'agissait de mettre un terme à une injustice qui n'a que trop duré.

M. Jean-Luc Prél a souligné que cette mesure avait été refusée par la précédente majorité.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a relevé que la plupart des amendements présentés alourdissaient les charges des régimes de retraites dont la situation, dès 2005 pour le régime général, ne permettait pas d'envisager des hausses inconsidérées de dépenses.

M. René Couanau, président, a reconnu l'importance de la question posée par les amendements, tout en estimant qu'elle s'inscrivait dans une série de sujets qu'il convenait d'étudier dans une réflexion globale sur les régimes de retraite et que le présent projet de loi de financement de la sécurité sociale n'était pas le cadre adapté à une tâche aussi vaste.

M. Pascal Terrasse a estimé que les excédents de la CNAV rendaient possible le financement de la mesure proposée.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a rappelé qu'une décision de la Cour de cassation avait, dès 1996, tranché cette question dans un sens favorable aux bénéficiaires de la pension de réversion et que, au cours de la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, le gouvernement avait refusé un amendement, présenté par la majorité de l'époque, allant dans ce sens.

La commission a *rejeté* les amendements.

Elle a ensuite *rejeté* un amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, tendant à attribuer au conjoint survivant ayant des enfants à charge, dès le décès du cotisant, la pension de réversion sans condition d'âge.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a indiqué qu'une remise en perspective du régime du veuvage faisait partie de la réforme annoncée des retraites.

La commission a *rejeté* deux amendements présentés par MM. Jean-Luc Prével et Dominique Paillé tendant à rendre plus favorable le calcul des pensions de réversion servies à des conjoints survivants à des assurés pluripensionnés.

La commission a *rejeté* un amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure pour la famille, tendant à augmenter le plafond mensuel des ressources pour bénéficiaire de l'allocation veuvage au niveau du SMIC.

Elle a *rejeté* un amendement de M. Claude Evin tendant à améliorer les conditions d'ouverture au droit à l'allocation supplémentaire du Fonds national de solidarité.

Article additionnel après l'article 43

(article L. 723-10 nouveau du code de la sécurité sociale)

Départ à la retraite des avocats à soixante ans

La commission a *adopté* deux amendements identiques de M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, et de Mme Geneviève Lévy, tendant à permettre le départ en retraite des avocats totalisant quarante années de cotisation avant l'âge de soixante-cinq ans.

Article 44

Fixation de l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2003

En application du 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, cet article fixe à 140,35 milliards d'euros en 2003 l'objectif de dépenses de la branche vieillesse et veuvage pour l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Pour un commentaire détaillé de cet article, se reporter au tome IV du présent rapport (rapport de M. Denis Jacquat sur l'assurance vieillesse).

*

La commission a examiné un amendement de M. Claude Evin tendant à diminuer l'objectif de dépenses de la branche vieillesse pour 2003.

M. Pascal Terrasse a estimé que la modification des règles de calcul de la compensation démographique généralisée conduit à léser le régime général de 830 millions d'euros.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a indiqué que la réforme de la compensation consiste à prendre en compte les prestations du Fonds de solidarité vieillesse (FSV), qui rembourse aux régimes d'assurance vieillesse les avantages « non contributifs », dans le mode de calcul des transferts financiers. En effet, lorsque ce fonds a été créé en 1993, il n'y a pas eu de modification des transferts de

compensation. Par ailleurs, la modification ne lèse pas les ressortissants du régime général dont le montant des pensions servies n'est pas affecté.

Après avoir *rejeté* l'amendement, la commission a *adopté* l'article 44 sans modification.

Article 45

Fixation du total des objectifs de dépenses pour 2003

Cet article récapitule les montants des objectifs de dépenses de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres, figurant respectivement aux articles 33 pour la branche maladie, 39 pour la branche accidents du travail, 42 pour la branche famille et 44 pour la branche vieillesse.

Le total ressortit à 329,7 milliards d'euros, soit une augmentation globale de 4,4 % par rapport à l'objectif révisé pour 2002.

C'est la première fois qu'un tel article figure en loi de financement car le gouvernement a souhaité faire voter les objectifs de dépenses de chaque branche séparément, afin de clarifier le débat parlementaire. Ainsi, directement après les articles concernant au fond chaque branche, le Parlement vote-t-il cette année la récapitulation financière des dispositions concernant cette branche et l'évolution des dépenses correspondantes.

Pour autant, cet article n'a aucun caractère prévisionnel ou normatif car il se contente d'additionner les montants des objectifs de dépenses déjà fixés par d'autres articles et votés par le Parlement. Il n'est de surcroît pas juridiquement indispensable car le 3° du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale se contente d'imposer aux lois de financement de la sécurité sociale de fixer, par branche, les objectifs de dépenses, et non de comporter le total de ces objectifs. C'est pourquoi, par souci de clarification, le rapporteur propose de supprimer cet article.

*

La commission a examiné un amendement de suppression de l'article présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

Après que **M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a expliqué que l'article n'avait aucun caractère prévisionnel ou normatif, la commission a *adopté* l'amendement.

La commission a donc *supprimé* l'article 45.

TITRE IV B/S (NOUVEAU)

OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2002

La commission a *adopté* un amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, insérant une division additionnelle.

Article 46

Fixation des objectifs de dépenses révisés pour 2002

En vertu du dernier alinéa du II de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale, seules des lois de financement de la sécurité sociale peuvent modifier les dispositions qui font partie de leur domaine obligatoire. Il en est ainsi des objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base de la sécurité sociale comptant plus de 20 000 cotisants, actifs ou retraités titulaires de droits propres.

Cet article permet de faire apparaître les évolutions constatées depuis le vote de la dernière loi de financement en matière de dépenses. De plus, il permet au Parlement de valider les mesures nouvelles de dépenses proposées à titre rectificatif par le présent projet de loi pour 2002.

Le tableau ci-dessous compare les chiffres votés en loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et les montants révisés dont l'adoption est proposée par le présent article.

Dépenses par branche en milliards d'euros en 2002

	LFSS 2002	PLFSS 2003
Maladie – Maternité - Invalidité	125,37	129,24
Vieillesse – Veuvage	136,08	135,96
Accidents du travail	8,53	9,02
Famille	42,01	41,48
Total des dépenses	311,99	315,70

Les principaux écarts entre les prévisions votées en loi de financement de la sécurité sociale pour 2002 et les prévisions soumises aujourd'hui au vote du Parlement sont les suivants :

• **Branche maladie : + 3,87 milliards d'euros**

L'écart est dû au dépassement de l'ONDAM, dont il a déjà été tenu compte à l'article 34 du présent projet. Par ailleurs, l'article 30 propose de doter de 40 millions d'euros supplémentaires l'Office national d'indemnisation des accidents médicaux, des affections iatrogènes et des infections nosocomiales (ONIAM).

• **Branche vieillesse : - 120 millions d'euros**

L'écart s'explique par le changement de présentation comptable de l'allocation temporaire d'invalidité des fonctionnaires, transférée vers la branche accidents du travail.

• **Branche accidents du travail : + 490 millions d'euros**

La hausse de l'agrégat provient pour l'essentiel de l'augmentation des prestations (+ 330 millions d'euros) et du changement de présentation comptable de l'allocation temporaire d'invalidité des fonctionnaires susmentionné. En sens inverse, le Fonds commun des accidents du travail (FCAT) n'entre plus dans le champ des agrégats de dépenses car ce régime n'a plus vingt mille bénéficiaires à partir de l'année 2002, soit une diminution des dépenses par modification du champ de l'agrégat de 70 millions d'euros, et les charges techniques de la branche ont diminué de 20 millions d'euros.

Par ailleurs, l'article 35 du présent projet majore de 104 millions d'euros le versement de la branche au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) et l'article 36 de 100 millions d'euros le versement au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA).

• **Branche famille : - 530 millions d'euros**

Les dépenses de la branche famille diminuent en raison d'un changement de présentation comptable des charges et des produits de gestion courante de la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) qui étaient présentés non consolidés dans les prévisions de dépenses de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2002. La consolidation des opérations de gestion entre la caisse nationale et les caisses d'allocations familiales (CAF) a un impact de l'ordre de 500 millions d'euros.

Une autre erreur comptable, de 30 millions d'euros, concerne le régime des industries électriques et gazières, qui comprenait en charges dans les prévisions initiales les avantages accordés au titre du supplément familial de traitement, alors que les montants accordés à ce titre ne figurent pas dans le champ des lois de financement.

*

La commission a *adopté* l'article 46 sans modification.

TITRE V

MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES A LA TRESORERIE

Article 47

(articles L. 137-7, L. 138-3, L. 138-14, L. 138-20 à L. 138-23 nouveaux, L. 245-6 et L. 245-6-2 du code de la sécurité sociale)

Modalités de recouvrement des impositions directement recouvrées par l'ACOSS

Cet article regroupe et précise l'ensemble des règles applicables en matière de recouvrement des impositions directement recouvrées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

Le recouvrement des cotisations et contributions sociales (CSG et CRDS) est réalisé par les 106 unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales (URSSAF). L'ACOSS, qui est à la tête de ce réseau de recouvrement de la sécurité sociale et dont elle centralise notamment les opérations

financières, recouvre elle aussi directement un certain nombre de contributions spécifiques :

- la contribution assise sur les primes d'assurance obligatoire des véhicules terrestre à moteur (articles L. 137-6 à L. 137-9 du code de la sécurité sociale) ;

- la contribution due par les grossistes répartiteurs sur les ventes en gros aux officines pharmaceutiques (articles L. 138-1 à L. 138-9 du code de la sécurité sociale) ;

- la clause de sauvegarde sur la progression du chiffre d'affaires des laboratoires pharmaceutiques (articles L. 138-10 à L. 138-19 du code de la sécurité sociale) ;

- la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques (articles L. 245-1 à L. 245-6 du code de la sécurité sociale) ;

- la contribution due par les laboratoires sur leurs ventes directes aux officines pharmaceutiques (articles L. 245-6-1 à L. 245-6-4 du code de la sécurité sociale) ;

- et la cotisation sur les boissons alcooliques (articles L. 245-7 à L. 245-12 du code de la sécurité sociale).

Il est proposé par le **I** de cet article de regrouper l'ensemble des règles communes relatives au recouvrement de ces contributions par l'ACOSS, à l'exception de la cotisation sur les boissons alcooliques qui est recouvrée comme les droits indirects. Un nouveau chapitre VIII *bis* est créé à cet effet dans le titre III (Dispositions communes relatives au financement) du livre I^{er} (Généralités – Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base) du code de la sécurité sociale.

Ce nouveau chapitre comprend quatre articles qui se contentent de reprendre des dispositions figurant déjà dans le code, parfois dans sa partie réglementaire, ce qui permet de consolider les modalités de recouvrement de ces impositions et d'éviter les contentieux car il s'agit d'une matière pleinement législative en application de l'article 34 de la Constitution.

Le nouvel article *L. 138-20* rappelle que ces cinq contributions sont recouvrées et contrôlées par l'ACOSS, qui peut recourir à l'assistance des URSSAF, notamment par la mise à disposition d'inspecteurs du recouvrement qui sont habilités à effectuer des contrôles sur pièces et sur place pour opérer des vérifications et des redressements d'assiette le cas échéant. Cette mise à disposition est rendue nécessaire par le fait que l'ACOSS ne dispose, à la différence des URSSAF, d'aucun corps de contrôleurs propres, car ce métier de recouvrement direct n'est pas dans les attributions traditionnelles de l'agence. On remarque toutefois qu'il n'est désormais plus possible à l'ACOSS de recourir à des agents habilités de l'Etat pour le contrôle de la contribution sur les dépenses de promotion des laboratoires pharmaceutiques.

Le nouvel article *L. 138-21* renvoie à l'article L. 225-1-1 du code de la sécurité sociale qui énonce les garanties et sanctions applicables au recouvrement direct des impositions par l'ACOSS, à savoir les mêmes que pour le recouvrement des cotisations sociales par les URSSAF. Il définit ensuite les règles contentieuses : recours gracieux préalable obligatoire, possibilité de remise des pénalités, majorations et taxations provisionnelles appliquées après règlement de la totalité des contributions dues et sous

réserve de preuve de la bonne foi du redevable, compétence de la juridiction judiciaire (reprise de dispositions de l'article R. 245-8 du code de la sécurité sociale).

Le nouvel article *L. 138-22* précise la procédure spécifique de recouvrement prévue pour les entreprises étrangères, qui doivent désigner un représentant résidant en France comme correspondant fiscal responsable des déclarations fiscales et du versement des contributions dues.

Enfin, le nouvel article *L. 138-23* renvoie à un décret en Conseil d'Etat le soin de fixer les modalités d'application de ces dispositions.

Le **II** supprime par coordination les dispositions relatives au recouvrement de chacune des cinq contributions figurant déjà dans le code de la sécurité sociale.

Le **III** fixe une date d'entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2003, ce qui va de soi, d'autant plus que l'ensemble de cet article ne comporte aucune mesure nouvelle.

*

La commission a *adopté* deux amendements rédactionnels présentés par M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général.

La commission a examiné un amendement de M. Bernard Perrut supprimant l'article *L. 138-22* nouveau du code de la sécurité sociale, qui prévoit que les entreprises ou les groupes non établis en France désignent un représentant résidant en France personnellement responsable des opérations déclaratives et du versement des sommes dues à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS).

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, s'est opposé à la suppression de la disposition visée par l'amendement, en soulignant que le droit communautaire, contrairement à l'argument avancé dans l'exposé des motifs, n'interdit pas la nomination d'un représentant fiscal. Cela va dans le sens de la libre circulation.

La commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a *adopté* deux amendements de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, le premier rédactionnel et le second de coordination.

La commission a ensuite *adopté* l'article 47 ainsi modifié.

Article 48

Fixation des plafonds d'avances de trésorerie pour 2003

Cet article chiffre pour 2003 les montants du plafonnement des ressources non permanentes dont disposeront les régimes qui sont, de ce fait, légalement autorisés à emprunter dans la limite de ces plafonds, conformément au 5^o du I de l'article L.O. 111-3 du code de la sécurité sociale.

Il convient de rappeler que les plafonds ainsi fixés ne correspondent pas à un « déficit » autorisé des régimes en cause, mais au point le plus bas de leur trésorerie,

lequel connaît des variations assez fortes en cours d'année compte tenu du rythme variable et non synchronisé des encaissements et des décaissements. Ils sont donc nécessairement supérieurs au déficit prévisionnel des régimes concernés.

L'évolution des plafonds d'avances votés par le Parlement a été la suivante :

***Plafonds d'avances de trésorerie
en millions d'euros***

	LFSS 2002	PLFSS 2003
Régime général	4 420	12 500
Régime des exploitants agricoles	2 210	2 210
CNRACL	500	500
Régime minier (CANSSM)	350	350
Fonds spécial des pensions des ouvriers de l'Etat	80	80

Le profil prévisionnel de trésorerie des cinq régimes concernés pour 2003 est présenté dans l'annexe c du présent projet de loi de financement.

Il faut préciser que le vote du Parlement vaut autorisation d'emprunter, au plus, la somme indiquée. Tous les autres régimes obligatoires de base disposant d'une trésorerie autonome ne sont pas, *a contrario*, autorisés à recourir à l'emprunt, ainsi que le précise le dernier alinéa de cet article.

1. Le régime général : 12,5 milliards d'euros

Cet article fixe à 12,5 milliards d'euros la limite d'appel à des ressources non permanentes pour le régime général en 2003. Il s'agit du seuil le plus important jamais fixé en loi de financement, preuve de la situation financière très difficile de la sécurité sociale pour l'année à venir : ainsi le décret du 8 octobre 1997, ratifié en loi de financement de la sécurité sociale pour 1998, n'avait-il pas porté ce montant à plus de 12,2 milliards d'euros, alors que le déficit du régime général avait été cette année là de 5,2 milliards d'euros.

La trésorerie de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) recouvre non seulement les opérations d'encaissements et de décaissements et les opérations de dépenses des différentes branches du régime général (avec un suivi individualisé par branche depuis la loi du 25 juillet 1994), mais aussi un certain nombre d'opérations pour compte de tiers dont le volume a fortement crû ces dernières années (notamment le recouvrement de la CSG et de la CRDS, pour le compte du FSV, du Fonds de financement de l'APA et de la CADES).

La gestion commune de la trésorerie s'opère par l'intermédiaire du compte unique de disponibilités courantes de l'ACOSS auprès de la Caisse des dépôts et

consignations, laquelle consent à l'ACOSS des avances destinées à couvrir ses besoins de trésorerie. Ces deux établissements sont liés depuis le 1^{er} octobre 2001 par une nouvelle convention, remplaçant celle du 18 juin 1980. Le taux de rémunération de ces avances, ainsi que celui des produits financiers engendrés par les liquidités du compte courant, sont fixés par référence au taux moyen pondéré du marché monétaire au jour le jour calculé par la Banque centrale européenne (EONIA = Euro Overnight Index Average).

La rémunération des disponibilités inférieures à 3 milliards d'euros s'effectue au taux EONIA - 0,0652 et la rémunération des excédents supérieurs à 3 milliards d'euros est effectuée au niveau de l'EONIA. Le coût des avances sollicitées par l'ACOSS à la Caisse des dépôts est de EONIA + 0,20 lorsque leur montant est inférieur à 3 milliards d'euros et de EONIA + 0,25 au-delà. Toutefois, si les besoins de l'ACOSS sont supérieurs de 500 millions d'euros au montant de l'avance sollicitée à titre prévisionnel, le coût s'élève alors à EONIA + 0,7.

En **2001**, la variation de trésorerie du régime général sur l'exercice a été positive de 2,2 milliards d'euros (solde au 1^{er} janvier 2001 : + 100 millions d'euros ; solde au 31 décembre 2001 : + 2,3 milliards d'euros). Cette évolution est due à une progression des encaissements beaucoup plus rapide (5,2 %) que celle des tirages (4,5 %).

En **2002**, la variation de trésorerie du régime général est évaluée à - 5 milliards d'euros. Le profil de trésorerie se caractérise par une situation très dégradée par rapport à 2001, avec notamment 108 jours de trésorerie négative, en raison du retour du déficit du régime général. Le point le plus bas de la trésorerie doit être atteint le 11 décembre avec - 3,5 milliards d'euros ; il serait de moins d'un milliard d'euros supérieur au plancher voté par le Parlement.

Le non-dépassement du seuil sera dû en partie au versement anticipé par l'Etat, dès septembre et en application de la loi de finances rectificative du 6 août 2002, de 2 milliards d'euros correspondants à des dettes vis-à-vis de la sécurité sociale ou à des insuffisances de dotation en loi de finances initiale.

En **2003**, la variation de trésorerie du régime général est évaluée à - 7,1 milliards d'euros (solde au 1^{er} janvier 2003 : - 2,7 milliards d'euros ; solde au 31 décembre 2003 : 9,8 milliards d'euros). Le point le plus bas sur cet exercice devrait être atteint au mois de décembre, à - 10,6 milliards d'euros, soit près de deux milliards d'euros en dessous du plafond proposé au vote du Parlement, ce qui paraît être une marge de sécurité nécessaire et suffisante compte tenu du risque de dégradation de la situation économique en 2003.

2. Le régime des exploitants agricoles : 2,21 milliards d'euros

Exploitants agricoles – comptes toutes branches confondues

(en millions d'euros)

	2001	2002	2003
CHARGES	14 601	15 154	15 249
Prestations légales	13 463	13 962	14 030
Prestations extra-légales	68	71	70
Autres prestations	230	227	229
Transferts entre organismes de sécurité sociale	144	129	155
Dotations aux provisions	24	7	7
Autres charges techniques	16	23	20
Charges financières	64	67	60
Charges de gestion courante	584	654	663
PRODUITS	14 541	14 968	15 049
Cotisations effectives	1 839	1 938	1 951
Impôts et taxes affectés	5 712	5 885	6 268
Transferts entre organismes de sécurité sociale	6 007	6 175	6 057
Contributions publiques	846	809	600
Reprises sur provisions	- 2	5	6
Autres produits techniques	81	87	89
Produits de gestion courante	96	105	114
Pertes sur créances irrécouvrables	- 39	- 37	- 36
RÉSULTAT NET	- 60	- 186	- 200

Le régime des exploitants agricoles est autorisé à recourir à des ressources externes pour un montant de 2,21 milliards d'euros, soit le même montant qu'en 2001. Cette autorisation d'emprunt est justifiée par la permanence du solde déficitaire de ce régime, le déficit prévisionnel pour 2003 étant stabilisé un peu en dessous du niveau de 2002. De ce fait, le besoin prévisionnel de trésorerie maximal atteindrait 2,14 milliards d'euros au cours de la première quinzaine de février 2003.

Ce régime, dont l'essentiel des dépenses consiste dans le paiement des pensions de retraite et la couverture de l'assurance maladie et qui comporte depuis 2002 une nouvelle branche accidents du travail, est confronté à un déséquilibre démographique important. Pour la branche maladie, les cotisants devraient être au nombre de 1,5 million pour 2,1 millions de prestataires ; au titre de la vieillesse, on devrait dénombrer seulement 658 864 cotisants pour 1,9 million de bénéficiaires.

Le régime des exploitants agricoles a recours à des avances temporaires de trésorerie car les recettes du BAPSA ne correspondent pas toujours avec les dates des prestations à verser. La caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) dispose à cet effet d'une ouverture de crédit à court terme auprès d'un syndicat bancaire ; 61 millions d'euros sont budgétés au BAPSA pour le paiement des intérêts financiers afférents en 2003.

3. La Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales (CNRACL) : 500 millions d'euros

CNRACL – comptes toutes branches confondues

(en millions d'euros)

	2001	2002	2003
CHARGES	10 598	11 271	11 499
Prestations légales	7 595	8 143	8 597
Prestations extra-légales	73	75	79
Pertes sur créances irrécouvrables	13	0	0
Transferts entre organismes de sécurité sociale	2 858	2 975	2 737
Autres charges techniques	14	6	6
Charges financières	2	3	4
Charges de gestion courante	48	68	76
PRODUITS	10 645	11 188	11 666
Cotisations effectives	10 382	10 898	11 362
Transferts entre organismes de sécurité sociale	222	256	271
Contributions publiques	1,5	1,4	1,5
Autres produits techniques	40	33	32
RÉSULTAT NET	47	- 83	168

La CNRACL, instituée par un décret du 19 septembre 1947, est un établissement public géré par la Caisse des dépôts et consignations dont l'objet est le service des pensions de retraite et d'invalidité aux agents titulaires des collectivités locales et des hôpitaux. La CNRACL recouvre également les cotisations pour le compte du Fonds d'allocation temporaire d'invalidité aux agents des collectivités locales (FATIACL) et pour le Fonds de compensation des cessations progressives d'activité des agents des collectivités locales (FCCPA). Le nombre de bénéficiaires des prestations vieillesse devrait s'élever à 557 004 pour 1,8 million de cotisants en 2003.

Après un déficit de 83 millions d'euros en 2002, le régime devrait voir sa situation financière fortement redressée dès 2003 grâce à la réforme du mode de calcul des compensations généralisée et spécifique (qui devrait diminuer de 200 millions d'euros les prélèvements sur la CNRACL à ce titre) et à une augmentation du taux de la contribution employeur de 0,4 %. Compte tenu de la fragilité de sa situation financière, il est quand même nécessaire d'accorder en 2003 à la caisse une autorisation d'emprunt de 500 millions d'euros, soit autant qu'en 2002.

4. La Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans les mines (CANSSM) : 350 millions d'euros

Régime minier – comptes toutes branches confondues

(en millions d'euros)

	2001	2002	2003
CHARGES	4 043	4 067	4 080
Prestations légales	3 478	3 556	3 523
Prestations extra-légales	31	30	31
Autres prestations	16	16	16
Transferts entre organismes de sécurité sociale	132	138	142
Dotations aux provisions	30	- 30	0
Autres charges techniques	4	3	3
Charges financières	1	1	1
Charges de gestion courante	343	346	353
PRODUITS	4 123	4 201	4 100
Cotisations effectives	190	179	171
Impôts et taxes affectés	152	158	168
Transferts entre organismes de sécurité sociale	3 027	3 090	2 890
Contributions publiques	473	457	580
Reprises sur provisions	0	0	2
Autres produits techniques	45	77	46
Produits de gestion courante	237	240	244
RÉSULTAT NET	80	134	20

Le régime minier gère les assurances maladie, vieillesse et accidents du travail des mineurs. Compte tenu de la situation démographique du secteur, le rapport cotisants/bénéficiaires est très dégradé : on doit dénombrer en 2003, pour la branche vieillesse de ce régime, 16 998 cotisants pour 378 612 bénéficiaires, soit un cotisant pour 22 pensionnés.

Le nombre de bénéficiaires de ce régime diminue d'environ 5 % chaque année. Structurellement déficitaire, il est équilibré pour 85 % du total de ses ressources par des transferts entre organismes de sécurité sociale, alors que les cotisations et contributions sociales ne représentent que 8 % des produits. En raison d'une situation financière toujours fragile, il est proposé de permettre à la CANSSM de recourir à l'emprunt pour financer ses besoins de trésorerie, à hauteur de 350 millions d'euros, comme en 2001.

5. Le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE) : 80 millions d'euros

FSPOEIE – comptes toutes branches confondues

(en millions d'euros)

	2001	2002	2003
CHARGES	1 528	1 580	1 617
Prestations légales	1 518	1 569	1 607
Transferts entre organismes de sécurité sociale	1	1	1
Autres charges techniques	8	9	8
PRODUITS	1 530	1 537	1 609
Cotisations effectives	446	444	442
Transferts entre organismes de sécurité sociale	4	4	4
Contributions publiques	1 076	1 085	1 159
Autres produits techniques	4	4	4
RÉSULTAT NET	2	- 43	- 7

Le Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat (FSPOEIE) est un établissement public industriel et commercial, géré par la Caisse des dépôts et consignations. Il verse les prestations vieillesse et invalidité des ouvriers d'Etat retraités de l'armement pour 91 100 bénéficiaires en 2003. Il connaît un déséquilibre démographique assez net puisqu'il ne comptera l'année prochaine que 58 611 cotisants.

La baisse régulière du nombre de cotisants limite les recettes et la subvention versée par l'Etat ne permet plus d'assurer l'équilibre financier du régime. C'est pourquoi il est nécessaire de maintenir en 2003, comme pour l'année en cours, une autorisation de découvert de 80 millions d'euros.

*

La commission a *adopté* deux amendements de M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, le premier corrigeant une erreur matérielle et le second abaissant le niveau de l'autorisation d'emprunt accordée à la caisse des mines de 350 millions d'euros à 200 millions d'euros.

La commission a *adopté* l'article 48 ainsi modifié.

Après l'article 48

La commission a *rejeté* un amendement de Mme Jacqueline Fraysse rétablissant les élections à la sécurité sociale, **M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, ayant observé qu'il s'agit d'un cavalier social.

La commission a examiné quatre amendements, l'un de M. Claude Leteurtre et les trois autres de M. Jean-Luc Prével, visant à supprimer le Conseil des professions paramédicales créé par la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé.

M. Jean-Luc Prével a souligné que le Conseil des professions paramédicales mêle artificiellement cinq professions de santé dont il ne satisfait ni les intérêts, ni les attentes. De plus, il n'intègre pas les salariés, ainsi tenus à l'écart des considérations éthiques et déontologiques dont ce conseil a la responsabilité. Sa suppression permettra de faire des économies et de rétablir les ordres des professions paramédicales créés par la loi du 4 février 1995 portant diverses dispositions d'ordre social.

M. Simon Renucci s'est opposé à l'amendement en observant que le Conseil des professions paramédicales sera tout à fait utile pour assurer une représentation de ces professions auprès des futures agences régionales de santé.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général, a rappelé qu'un amendement adopté au rapport annexé indique clairement l'intention de revenir aux ordres pour les professions paramédicales. Par contre, le rétablissement des ordres ne résoudra effectivement pas la question de la représentation de ces professions dans le cadre de la régionalisation du système de santé. Cependant, toutes ces mesures n'ont pas à figurer dans un projet de loi de financement de la sécurité sociale. Il n'est donc pas souhaitable d'adopter ces amendements.

M. Pierre Morange a observé que le conseil des professions paramédicales a lui-même déjà réclamé la recréation des ordres pour les masseurs kinésithérapeutes et les pédicures podologues. En revanche, la position des autres professions ne va pas forcément dans ce sens. La suppression de ce conseil pourrait donc signifier que l'on ne tient pas compte de leur point de vue.

La commission a *rejeté* les amendements.

La commission a examiné un amendement de M. Jean-Luc Prével prévoyant que le gouvernement présentera au Parlement, dès le mois de décembre 2002, un rapport sur le reclassement des techniciens de laboratoire et des conducteurs ambulanciers en catégorie B active de la fonction publique hospitalière et disposant qu'un décret fixera les modalités de ce reclassement.

M. Jean-Luc Prével a rappelé que la présentation d'un tel rapport aurait déjà dû intervenir en juin 2002, comme cela était prévu par la loi du 4 mars 2002 précitée. Les attentes des techniciens de laboratoire et des conducteurs ambulanciers sont tout à fait légitimes : l'amendement a pour objectif de rappeler ce problème au gouvernement et d'en obtenir le règlement rapide.

Mme Catherine Génisson a considéré que la réparation d'une injustice statutaire à l'égard de ces professions était unanimement souhaitée. Il est important qu'une décision soit prise rapidement.

Après que **M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général**, a donné un avis défavorable sur la procédure, la commission a *rejeté* l'amendement.

La commission a **adopté** l'ensemble du projet de loi ainsi modifié

*

* *

En conséquence, et sous réserve des amendements qu'elle propose, la commission des affaires culturelles, familiales et sociales demande à l'Assemblée nationale d'adopter le projet de loi n° 250.

ANNEXE

ORGANISMES AUDITIONNES PAR LE RAPPORTEUR

- COUR DES COMPTES	M. Morin, rapporteur général chargé du rapport sur la sécurité sociale, et M. Gauron, conseiller-maître
- CFDT	M. Vérollet, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale
- CFTC	M. Deroussen, secrétaire général-adjoint chargé de la protection sociale
- CGC	Mme Morgenstern, secrétaire nationale chargée de la protection sociale, et Mme Karniewics, déléguée nationale auprès du pôle protection sociale
- CGPME	M. Veysset, vice-président chargé des affaires sociales, et M. Tissié, directeur des affaires sociales
- CGT	M. Décisier, administrateur de la CNAM, et M. Hanu, conseiller confédéral
- FFSA	M. Kessler, président, M. Lamère et M. Renaudin, délégués généraux, et M. Simon, conseiller du président
- FNMF	M. Caniard, délégué pour la sécurité sociale
- FO	M. Mallet, secrétaire confédéral chargé de la protection sociale
- MEDEF	M. Creyssel, directeur délégué, et M. Caron, directeur du groupe de propositions et d'actions « Protection sociale »
- UPA	M. Buguet, président, et M. Burban, secrétaire général