



TEXTE ADOPTÉ n° 341

« Petite loi »

# ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

DOUZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2004-2005

2 novembre 2004

---

---

## PROJET DE LOI

ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE  
EN PREMIÈRE LECTURE,

*de financement de la sécurité sociale pour 2005.*

*L'Assemblée nationale a adopté le projet de loi dont la  
teneur suit :*

---

Voir les numéros : 1830, 1876 et 1877.

---

TITRE I<sup>er</sup>

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

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

Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2005.

TITRE I<sup>er</sup> BIS

**CONTROLE DE L'APPLICATION DES LOIS  
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

*[Division et intitulé nouveaux]*

**Article 1<sup>er</sup> bis (nouveau)**

L'article L. 132-3-2 du code des juridictions financières est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Elle établit et met en œuvre chaque année, en liaison avec les chambres régionales des comptes, un programme pluriannuel des travaux à mener, notamment sur l'évaluation comparative des coûts et des modes de gestion des établissements financés par l'assurance maladie. Elle en rend compte dans son rapport annuel sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale. »

### **Article 1<sup>er</sup> ter (nouveau)**

I. – Après l'article L. 131-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 131-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 131-8.* – Le Gouvernement remet chaque année, dans un délai de sept jours suivant la réunion de la commission des comptes de la sécurité sociale d'automne, un rapport aux commissions compétentes des assemblées sur les conditions d'application de l'article L. 131-7.

« Ce rapport retrace notamment :

« – les différentes mesures donnant lieu à compensation, réparties par nature ;

« – la ventilation des mesures de compensation par branche et par régime de base obligatoire ;

« – l'évolution des mesures de compensation sur les trois dernières années ;

« – les mesures donnant lieu à application du principe de compensation envisagées pour l'année à venir. »

II. – Dans le même code, l'article L. 131-7-1 devient l'article L. 131-9.

### **Article 1<sup>er</sup> quater (nouveau)**

L'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Après le 2° du I, il est inséré un 2° *bis* ainsi rédigé :

« 2° *bis* Les objectifs d'amélioration de la productivité du réseau et leur articulation avec le maintien d'un maillage territorial de proximité ; »

2° Le III est ainsi modifié :

a) Dans la première phrase, les mots : « minimale de trois ans » sont remplacés par les mots : « de quatre ans » ;

b) Il est complété par deux phrases ainsi rédigées :

« Les conventions sont transmises au Parlement. Un bilan de leur application, notamment au regard des orientations fixées par

les lois de financement de la sécurité sociale, lui est également transmis dans les trois années suivant leur signature. »

### **Article 1<sup>er</sup> *quinquies* (nouveau)**

Le Gouvernement remettra au Parlement, avant le 31 mars 2005, un rapport sur la situation et les perspectives du fonds créé à l'article L. 731-1 du code rural.

## **TITRE II**

### **DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES**

#### **Article 2**

I. – Le 9<sup>o</sup> de l'article L. 651-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« 9<sup>o</sup> Des organismes suivants, non mentionnés aux 1<sup>o</sup> à 8<sup>o</sup> : établissements et entreprises exerçant l'activité définie à l'article L. 511-1 du code monétaire et financier et relevant des chapitres I<sup>er</sup> à VII ainsi que de la section 2 du chapitre VIII du titre I<sup>er</sup> du livre V du même code, entreprises d'assurance, de capitalisation et de réassurance de toute nature régies par le code des assurances, mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant du II de l'article L. 727-2 du code rural ; ».

II. – Au quatrième alinéa de l'article L. 651-5 du même code, les mots : « d'exploitation générale, résultant des » sont remplacés par les mots : « de résultat, conforme aux ».

III. – Il est inséré, après le quatrième alinéa de l'article L. 651-5 du même code, trois alinéas ainsi rédigés :

« Pour les mutuelles et unions de mutuelles relevant du livre II du code de la mutualité, institutions de prévoyance et unions d'institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du présent code et institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural, l'assiette de la contribution sociale de solidarité est constituée, pour leur activité principale, par les cotisations, primes et acceptations de l'exercice, nettes de cessions et de rétrocessions, telles qu'elles ressortent du compte de résultat, conforme aux dispositions relatives à la comptabilité des mutuelles et institutions de prévoyance.

« Pour les redevables mentionnés aux deux alinéas précédents, ne sont comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution ni les cotisations, primes et acceptations provenant de contrats exonérés de la taxe sur les conventions d'assurances en application des 15° et 16° de l'article 995 du code général des impôts, ni les remises de gestion qui leur sont versées dans le cadre de leur activité définie au 4° de l'article L. 111-1 du code de la mutualité.

« Pour les redevables mentionnés au cinquième alinéa, ne sont pas comprises dans le chiffre d'affaires retenu pour asseoir la contribution les subventions accordées par le fonds prévu à l'article L. 421-1 du code de la mutualité. »

IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur pour la contribution due à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

### **Article 2 bis (nouveau)**

Après l'article L. 256-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 256-5 ainsi rédigé :

« *Art. L. 256-5.* – Les caisses de sécurité sociale peuvent, pour le recouvrement des sommes indûment versées, faire usage des prérogatives reconnues aux organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. »

### **Article 2 ter (nouveau)**

I. – L'article L. 376-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans la dernière phrase du septième alinéa, les montants : « 760 € » et « 76 € » sont remplacés respectivement par les montants : « 910 € » et « 91 € » ;

2° Après le septième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, les montants mentionnés à l'alinéa précédent sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, pour tenir compte de l'évolution prévisionnelle des prix de l'année civile en cours. »

II. – L'article L. 454-1 du même code est ainsi modifié :

1° Dans la dernière phrase du huitième alinéa, les montants : « 760 € » et « 76 € » sont remplacés respectivement par les montants : « 910 € » et « 91 € » ;

2° Après le huitième alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006, les montants mentionnés à l'alinéa précédent sont révisés chaque année, par arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et du budget, pour tenir compte de l'évolution prévisionnelle des prix de l'année civile en cours. »

III. – L'assureur du tiers responsable est tenu d'informer, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de la personne victime de la survenue des lésions causées par un tiers dans des conditions fixées par décret. La méconnaissance de cette obligation d'information donne lieu à paiement d'une indemnité forfaitaire déterminée par le même décret.

### **Article 3**

I. – Le deuxième alinéa (1°) de l'article 13 de la loi n° 2004-626 du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour

l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées est complété par les mots : « 48 % des produits de cette section sont affectés au financement, par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie, des établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles et au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique en 2005 ; ».

II. – Le troisième alinéa (2°) du même article est complété par les mots : « 15 % des produits de cette section sont affectés au financement par les régimes obligatoires de base de l'assurance maladie des établissements et services mentionnés aux 2°, 3°, 7° et 11° de l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles en 2005 ; ».

#### Article 4

Pour 2005, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

|  | (En milliards d'euros) |
|--|------------------------|
| Cotisations effectives.....                  | 189,8                  |
| Cotisations fictives.....                    | 34,1                   |
| Cotisations prises en charge par l'Etat..... | 21,2                   |
| Autres contributions publiques.....          | 11,8                   |
| Impôts et taxes affectés.....                | 85,4                   |
| Transferts reçus.....                        | 0,6                    |
| Revenus des capitaux.....                    | 1,0                    |
| Autres ressources.....                       | 6,7                    |
| Total des recettes.....                      | 350,5                  |

#### Article 5

Pour 2004, les prévisions révisées de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

(En milliards d'euros)

|   |              |
|---|--------------|
| Cotisations effectives .....                  | 185,5        |
| Cotisations fictives .....                    | 31,8         |
| Cotisations prises en charge par l'Etat ..... | 19,7         |
| Autres contributions publiques .....          | 11,4         |
| Impôts et taxes affectés .....                | 80,1         |
| Transferts reçus .....                        | 0,2          |
| Revenus des capitaux .....                    | 0,9          |
| Autres ressources .....                       | 3,7          |
| <b>Total des recettes .....</b>               | <b>333,3</b> |

#### **Article 5 bis (nouveau)**

I. – Dans l'avant-dernier alinéa (1°) de l'article L. 241-2 du code de la sécurité sociale, le taux : « 21,42 % » est remplacé par le taux : « 32,50 % ».

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux sommes à percevoir à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005.

### TITRE III

#### **DISPOSITIONS RELATIVES À L'ASSURANCE MALADIE**

#### **Article 6**

I. – L'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Les mots : « réalisés dans le cadre de l'activité libérale des praticiens hospitaliers, ni aux consultations et actes » sont supprimés ;



2° Au début de cet article, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

« Les consultations et actes externes, ainsi que ceux réalisés dans un service chargé des urgences d'un établissement de santé mentionné aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6, sont pris en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie dans les conditions prévues aux articles L. 162-1-7 et L. 162-14-1 et dans la limite des tarifs fixés en application de ces articles. Les tarifs des consultations et des actes ainsi fixés servent de base au calcul de la participation de l'assuré, à la facturation de ces prestations aux patients non couverts par un régime de l'assurance maladie et à l'exercice des recours contre tiers.

« Pour les activités de soins de suite ou de réadaptation et de psychiatrie, la part prise en charge par l'assurance maladie des consultations et actes mentionnés à l'alinéa précédent, est incluse dans la dotation annuelle mentionnée à l'article L. 174-1. » ;

3° Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les dispositions du présent article ne s'appliquent pas aux consultations et actes réalisés par les praticiens hospitaliers dans le cadre de l'activité libérale définie à l'article L. 6154-2 du code de la santé publique. »

II. – L'article 24 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) entre en vigueur le 5 octobre 2004.

*II bis (nouveau)*. – Le premier alinéa du II de l'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est complété par les mots : « et également du processus de convergence des tarifs nationaux définis par les établissements relevant des *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 et ceux relevant du *d* du même article, processus de convergence devant être achevé au plus tard au 1<sup>er</sup> janvier 2012, avec au moins 50 % de l'effort de convergence atteint en 2008. »

III. – L'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est ainsi modifié :

1° Après la première phrase du troisième alinéa du I, il est inséré une phrase ainsi rédigée :

« Par dérogation au dernier alinéa du I de l'article L. 162-22-10 précité, les tarifs de prestations fixés en application de cet article prennent effet, en 2005, à compter du 1<sup>er</sup> janvier. » ;

2° Le A du V est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa, après les mots : « Les prestations d'hospitalisation », sont insérés les mots : « ainsi que les consultations et actes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale », le mot : « dispensées » est remplacé par le mot : « dispensés » et le mot : « prises » est remplacé par le mot : « pris » ;

b) Au 1°, après les mots : « du code de la sécurité sociale » sont insérés les mots : « ou du tarif des consultations et actes fixé en application des dispositions de l'article L. 162-14-1 du même code, » ;

c) Il est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation aux dispositions des quatre alinéas précédents, les prestations de prélèvement d'organes ou de tissus sont, dès 2005, facturées dans leur intégralité sur la base des tarifs fixés en application des dispositions du 1° du I de l'article L. 162-22-10 précité. » ;

3° (*nouveau*) Il est complété par un VI ainsi rédigé :

« VI. – Pour les années 2005 à 2007, la part des frais d'hospitalisation, des actes et consultations externes mentionnés à l'article L. 162-26 du code de la sécurité sociale prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie au titre des soins dispensés dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie exercées par les établissements de santé de Guyane mentionnés aux *a* et *b* de l'article L. 162-22-6 du même code est incluse dans la dotation annuelle de financement mentionnée à l'article L. 174-1 du même code. »

IV. – Le 2° du I de l'article 36 de la loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie est ainsi rédigé :

« 2° Le dernier alinéa, dans la rédaction de l'article antérieure à la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), est supprimé. »

V (*nouveau*). – 1. Dans le premier alinéa de l'article L. 4311-13 du code de la santé publique, après les mots : « activité professionnelle », sont insérés les mots : « à titre bénévole ou salarié » et l'année : « 2003 » est remplacée par l'année : « 2005 ».

2. Le Gouvernement présentera au Parlement, avant le 30 septembre 2005, un rapport évaluant l'impact des dispositions du 1 au regard des besoins de recrutement de personnel qualifié et de l'équilibre financier de la sécurité sociale.

#### **Article 6 bis (*nouveau*)**

Le premier alinéa de l'article L. 161-39 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les entreprises, établissements, organismes et professionnels concernés sont tenus de lui transmettre les informations qu'elle demande à cet effet après les avoir rendues anonymes. »

#### **Article 7**

I. – Les caisses mentionnées à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale peuvent consentir pendant une durée de deux mois à compter de la date de la mise en œuvre de la nouvelle classification des prestations prise en application de l'article L. 162-22-6 du même code, même antérieure à la date de publication de la présente loi, des avances de trésorerie aux établissements de santé privés mentionnés au *d* du même article L. 162-22-6 et aux professionnels de santé exerçant à titre libéral dans ces établissements, en raison de la non-transmission par voie électronique ou de l'impossibilité de traitement des bordereaux de facturation liée à la mise en œuvre de cette nouvelle classification.

Le montant de ces avances de trésorerie est déduit des sommes dues au titre des factures afférentes aux soins dispensés postérieurement à la mise en œuvre de cette nouvelle classification.

La charge financière résultant, pour les régimes dont relèvent les caisses susmentionnées, du versement des avances de trésorerie mentionnées au présent article pour le compte des autres régimes est compensée par ces derniers selon les règles prévues par le décret mentionné à l'article L. 174-18 du code de la sécurité sociale.

II (*nouveau*). – Dans le premier alinéa de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), le mot : « octobre » est remplacé par le mot : « décembre ».

III (*nouveau*). – Le II de l'article 34 de la même loi est ainsi modifié :

1° Dans le *a* du 1, le mot : « septembre » est remplacé par deux fois par le mot : « novembre » ;

2° Dans le *b* du 1, le mot : « octobre » est remplacé par deux fois par le mot : « décembre » ;

3° Dans le premier alinéa du A du 2, le mot : « septembre » est remplacé par le mot : « novembre » ;

4° Dans le dernier alinéa du A du 2, le mot : « septembre » est remplacé par le mot : « novembre ».

## **Article 8**

L'article L. 753-4 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au premier alinéa, les mots : « aux premier et deuxième alinéas de » sont remplacés par le mot : « à » et ce même alinéa est complété par les mots : « et à l'article L. 162-22-7 » ;

2° Après le premier alinéa, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les produits et prestations remboursables par les organismes de sécurité sociale sont ceux mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7. » ;

3° Le dernier alinéa est remplacé par six alinéas ainsi rédigés :

« Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé, de l'économie et de l'outre-mer peut déterminer des majorations applicables :

« 1° Aux prix ou aux marges, fixés en application de l'article L. 162-16-4 ou de l'article L. 162-38, ou aux tarifs forfaitaires de responsabilité, prévus à l'article L. 162-16, des médicaments remboursables mentionnés aux premier et quatrième alinéas de l'article L. 162-17 ;

« 2° Aux prix de cession fixés en application de l'article L. 162-16-5 pour les médicaments mentionnés au deuxième alinéa de l'article L. 162-17 ;

« 3° Aux tarifs de responsabilité fixés en application de l'article L. 162-16-6 pour les médicaments figurant sur la liste mentionnée à l'article L. 162-22-7 ;

« 4° Aux tarifs de responsabilité et, le cas échéant, aux prix des produits et prestations mentionnés aux articles L. 165-1 et L. 162-22-7.

« Ces majorations prennent en compte les frais particuliers qui, dans chaque département d'outre-mer, grèvent le coût de ces médicaments par rapport à leur coût en métropole. »

## Article 9

I. – L'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :

1° *Supprimé* ..... ;

2° Après le III, il est inséré un III *bis* ainsi rédigé :

« III *bis*. – Le fonds est également chargé de verser aux établissements de santé les sommes dues au titre des dépenses évitées par la mise en œuvre des accords nationaux ou locaux mentionnés à l'article L. 6113-12 du code de la santé publique. » ;

3° Au IV, les mots : « visés à l'article L. 174-1 » sont remplacés par les mots : « publics de santé et des établissements de santé privés mentionnés aux *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 ».

II. – Les dispositions du I sont applicables à Mayotte et à Saint-Pierre-et-Miquelon.

III. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé publics et privés est fixé, pour l'année 2005, à 405 millions d'euros.

### **Article 10**

I. – Au dernier alinéa du I des articles L. 162-22-2, dans sa rédaction issue de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), et L. 162-22-9 et à l'avant-dernier alinéa de l'article L. 174-1-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « à l'issue desquelles des établissements de santé ou des services ou des activités de ces établissements » sont remplacés par les mots : « à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux ».

II. – Le deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Cet objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. »

III. – La dernière phrase du troisième alinéa de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigée :

« Il prend en compte les évolutions de toute nature à la suite desquelles des établissements, des services ou des activités sanitaires ou médico-sociaux se trouvent placés pour tout ou partie sous un régime juridique ou de financement différent de celui sous lequel ils étaient placés auparavant. »

### **Article 11**

Au 16° de l'article L. 322-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : « les frais d'examens de dépistage », sont insérés les mots : « et les frais liés aux consultations de prévention destinées aux mineurs ».

### **Article 12**

I. – Après la section 4 du chapitre II du titre I<sup>er</sup> du livre VII du code de la sécurité sociale, il est inséré une section 4 *bis* ainsi rédigée :

« *Section 4 bis*

« ***Dispositions applicables aux maîtres et documentalistes de l'enseignement privé***

« *Art. L. 712-10-1.* – Les dispositions des articles L. 712-1 et L. 712-3, du premier alinéa de l'article L. 712-9 et de l'article L. 712-10 sont applicables aux maîtres et documentalistes liés à l'Etat par agrément ou par contrat qui sont en activité dans les établissements d'enseignement privés liés à l'Etat par contrat. »

II. – Après la sous-section 1 de la section 2 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural, il est inséré une sous-section 1 *bis* ainsi rédigée :

« *Sous-section 1 bis*

« ***Dispositions applicables aux personnels enseignants et de documentation liés à l'Etat par contrat***

« *Art. L. 722-24-1.* – Les dispositions des articles L. 712-1 et L. 712-3, du premier alinéa de l'article L. 712-9 et de l'article L. 712-10 du code de la sécurité sociale sont applicables aux personnels enseignants et de documentation liés à l'Etat par contrat qui sont en activité dans des associations ou organismes responsables des établissements d'enseignement agricole privés liés à l'Etat par contrat. »

III. – Les dispositions des I et II s’appliquent à compter du 1<sup>er</sup> septembre 2005.

### **Article 13**

I. – Pour 2005, le montant maximal des dépenses du fonds institué à l’article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est fixé à 106 millions d’euros.

Ce fonds est doté de 60 millions d’euros au titre de l’exercice 2005.

II (*nouveau*). – Dans le I de l’article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée, les mots : « huit ans » sont remplacés par les mots : « neuf ans ».

### **Article 14**

..... Supprimé .....

### **Article 15**

I. – Au premier alinéa de l’article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003), les mots : « exposées à un agent microbien, toxique, chimique ou radiologique utilisé dans le cadre d’un acte terroriste » sont remplacés par les mots : « exposées à une menace sanitaire grave quelle que soit son origine ou sa nature ».

II. – La contribution de l’assurance maladie au fonds de concours mentionné à l’article 51 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 précitée est fixée en 2004 à 62 millions d’euros.

Cette contribution est répartie entre les différents régimes selon les règles mises en œuvre au titre de l’année 2003 pour l’application de l’article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.



### **Article 15 bis (nouveau)**

I. – L'article L. 133-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 133-4.* – En cas d'inobservation des règles de tarification ou de facturation :

« 1° Des actes, prestations et produits figurant sur les listes mentionnées aux articles L. 162-1-7, L. 162-17, L. 165-1,

« 2° Des frais de transports mentionnés à l'article L. 321-1,

« l'organisme de prise en charge recouvre l'indu correspondant auprès du professionnel ou de l'établissement à l'origine du non-respect de ces règles.

« Il en est de même en cas de facturation en vue du remboursement, par les organismes d'assurance maladie, d'un acte non effectué ou de prestations et produits non délivrés.

« L'action en recouvrement, qui se prescrit par deux ans à compter de la date de paiement de la somme indue, s'ouvre par l'envoi au professionnel ou à l'établissement d'une notification de payer le montant réclamé ou de produire, le cas échéant, leurs observations.

« En cas de rejet total ou partiel des observations de l'intéressé, le directeur de l'organisme d'assurance maladie adresse, par lettre recommandée, une mise en demeure à l'intéressé de payer dans le délai d'un mois. La mise en demeure ne peut concerner que des sommes portées sur la notification. Elle comporte une majoration de 10 % du montant des sommes réclamées non réglées à la date de son envoi ; ces majorations peuvent faire l'objet d'une remise.

« Lorsque la mise en demeure reste sans effet, le directeur de l'organisme peut délivrer une contrainte qui, à défaut d'opposition du débiteur devant le tribunal des affaires de sécurité sociale, comporte tous les effets d'un jugement et confère notamment le bénéfice de l'hypothèque judiciaire.

« Un décret en Conseil d'Etat définit les modalités d'application des trois alinéas qui précèdent. »

II. – L'article L. 133-4-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« L'organisme mentionné au premier alinéa informe le cas échéant, s'il peut être identifié, l'organisme d'assurance maladie complémentaire de l'assuré de la mise en œuvre de la procédure visée au présent article. »

#### **Article 15 ter (nouveau)**

Dans l'article L. 141-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « d'accident du travail et de maladie professionnelle » sont insérés les mots : « et celles relatives à leur prise en charge thérapeutique ».

#### **Article 15 quater (nouveau)**

I. – Au début de l'article L. 711-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La participation de l'assuré mentionnée au II de l'article L. 322-2 s'applique aux assurés qui relèvent de l'un des régimes spéciaux mentionnés à l'article L. 711-1. »

II. – Les dispositions des contrats, des bulletins d'adhésion et règlements, des conventions ou accords collectifs, des projets d'accord proposés par le chef d'entreprise et ratifiés à la majorité des intéressés ou des décisions unilatérales de l'employeur mentionnés à l'article L. 911-1 du code de la sécurité sociale, en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2005 et relatifs à des garanties portant sur le remboursement ou l'indemnisation de frais de soins de santé occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, sont réputées ne pas couvrir la participation instituée en application des dispositions du II de l'article L. 322-2 du même code dès lors que le contrat, le bulletin d'adhésion ou le règlement ne prévoit pas expressément la prise en charge de cette participation.

### **Article 16**

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie révisé de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 131 milliards d'euros pour l'année 2004.

### **Article 17**

L'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 134,9 milliards d'euros pour l'année 2005.

### **Article 18**

Pour 2005, l'objectif de dépenses de la branche maladie, maternité, invalidité et décès de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 148,3 milliards d'euros.

## TITRE IV

### **DISPOSITIONS RELATIVES AUX AUTRES POLITIQUES DE SÉCURITE SOCIALE**

#### Section 1

#### **Branche accidents du travail et maladies professionnelles**

### **Article 19**

Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, mentionnée au VII de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257

du 23 décembre 2000), est fixé à 200 millions d'euros au titre de l'année 2005.

### **Article 20**

Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, mentionné au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), est fixé à 600 millions d'euros au titre de l'année 2005.

### **Article 21**

I. – Il est institué, au profit du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante créé par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée, une contribution, due pour chaque salarié ou ancien salarié à raison de son admission au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité. Cette contribution est à la charge de l'entreprise qui a supporté ou qui supporte, au titre de ses cotisations pour accidents du travail et maladies professionnelles, la charge des dépenses occasionnées par la maladie professionnelle provoquée par l'amiante dont est atteint le salarié ou ancien salarié. Lorsque le salarié n'est atteint par aucune maladie professionnelle provoquée par l'amiante, cette contribution est à la charge :

1° D'une ou plusieurs entreprises dont les établissements sont mentionnés au premier alinéa du I de l'article 41 précité ;

2° D'une ou plusieurs entreprises de manutention ou d'un ou plusieurs organismes gestionnaires de port pour, respectivement, les dockers professionnels et les personnels portuaires assurant la manutention dans les ports mentionnés au sixième alinéa du I de l'article 41 précité.

Pour la détermination de l'entreprise ou organisme redevable de la contribution au titre du 1°, les règles suivantes s'appliquent :

a) Lorsque l'établissement est exploité successivement par plusieurs entreprises, la contribution est due par l'entreprise qui exploite l'établissement à la date d'admission du salarié à l'allocation ;

b) Lorsqu'un salarié a travaillé au sein de plusieurs entreprises exploitant des établissements distincts, le montant de la contribution est réparti en fonction de la durée du travail effectué par le salarié au sein de ces établissements pendant la période où y étaient fabriqués ou traités l'amiante ou des matériaux contenant de l'amiante.

Pour l'application du 2°, lorsqu'un salarié a été employé par plusieurs entreprises ou organismes, le montant de la contribution est réparti au prorata de la période travaillée dans ces entreprises ou organismes. Lorsqu'un docker professionnel admis à l'allocation relève ou a relevé de la catégorie des dockers professionnels intermittents au sens du III de l'article L. 511-2 du code des ports maritimes, la contribution correspondant à la période d'intermittence est répartie entre tous les employeurs de main-d'œuvre dans le port, au sens de l'article L. 521-6 du même code, au prorata des rémunérations totales brutes payées aux dockers professionnels intermittents pendant cette période d'intermittence.

La contribution n'est pas due pour le premier bénéficiaire admis au cours d'une année civile.

II. – Le montant de la contribution varie en fonction de l'âge du bénéficiaire au moment de son admission au bénéfice de l'allocation. Il est égal, par bénéficiaire de l'allocation, à 15 % du montant annuel brut de l'allocation majoré des cotisations à la charge du fonds, multiplié par le nombre d'années comprises entre l'âge mentionné ci-dessus et l'âge de soixante ans.

Le montant de la contribution, qui ne peut dépasser deux millions d'euros par année civile pour chaque redevable, est plafonné, pour les entreprises redevables de la contribution au titre du I, à 2,5 % de la masse totale des salaires payés au personnel pour la dernière année connue.

Les entreprises placées en redressement ou en liquidation judiciaire sont exonérées de la contribution.

III. – La contribution est appelée, recouvrée et contrôlée par les organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale, selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables au recouvrement des cotisations du régime général, par des organismes mentionnés à l'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

Elle est exigible le premier jour du troisième mois de chaque trimestre civil pour les personnes entrant dans le dispositif au cours du trimestre précédent.

IV. – Un décret fixe les modalités d'application du présent article.

V. – Les dispositions du présent article s'appliquent aux admissions au bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité prononcées à compter du 5 octobre 2004.

#### **Article 21 bis (nouveau)**

Après le V de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée, il est inséré un V *bis* ainsi rédigé :

« V *bis*. – L'inscription des établissements ou des ports visés au I sur la liste donnant droit aux salariés à bénéficier d'une cessation anticipée d'activité et de l'allocation correspondante ou la modification d'une telle inscription ne peut intervenir qu'après information de l'employeur concerné. La décision d'inscription d'un établissement ou de modification doit être notifiée à l'employeur. Elle fait l'objet d'un affichage sur le lieu de travail concerné. »

#### **Article 22**

Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale est fixé, pour l'année 2005, à 330 millions d'euros.

### **Article 23**

Pour 2005, l'objectif de dépenses de la branche accidents du travail-maladies professionnelles de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 10,5 milliards d'euros.

### Section 2

### **Branche famille**

#### **Article 24 A (nouveau)**

Après le quatrième alinéa de l'article L. 122-26 du code du travail, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« En cas de naissance prématurée avant la vingt-huitième semaine d'aménorrhée, la durée du congé de maternité postnatal est étendue de douze semaines ; avant la trente-troisième semaine, de huit semaines ; avant la trente-septième semaine, de quatre semaines. »

#### **Article 24**

L'article L. 531-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Le montant de la prime est majoré en cas d'adoption. »

#### **Article 25**

I. – Le 1° de l'article L. 211-10 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« 1° Un fonds spécial alimenté chaque année par un versement effectué par la Caisse nationale des allocations familiales et la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole au prorata du montant des prestations familiales versées l'année précédente par chacune d'elles.

« Les contributions de ces deux organismes ainsi que le montant du fonds spécial sont fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé de la famille. Le montant du fonds spécial est fixé dans les conditions suivantes :

« a) Une première part, destinée à couvrir les missions générales mentionnées à l'article L. 211-3 du présent code, évolue chaque année dans les conditions définies au premier alinéa de l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale ;

« b) Une deuxième part est destinée à financer des actions définies par voie conventionnelle entre l'Union nationale des associations familiales et le ministre chargé de la famille. Elle est revalorisée chaque année dans la limite du taux d'évolution constaté au titre de l'année civile précédente du montant des prestations familiales. En cas de création ou de suppression d'une de ces prestations, le taux d'évolution retenu au titre de l'année au cours de laquelle intervient cette création ou cette suppression est celui correspondant à la moyenne des taux d'évolution retenus pour les trois années civiles précédentes.

« Les prestations familiales prises en compte pour l'application du présent article sont :

« – les prestations que mentionne l'article L. 511-1 du code de la sécurité sociale, y compris celles qui sont versées dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1 du même code, à l'exception de l'allocation de parent isolé ;

« – l'allocation pour jeune enfant, l'allocation d'adoption et l'allocation parentale d'éducation versées en vertu de la réglementation applicable antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

« Sont assimilées aux prestations familiales pour l'application du présent article, l'allocation de garde d'enfant à domicile et l'aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée versées en vertu de la réglementation applicable antérieurement au 1<sup>er</sup> janvier 2004.

« Les modalités de versement du fonds spécial et sa répartition entre les unions d'associations familiales, les conditions dans lesquelles les fédérations, confédérations ou associations familiales adhérant aux unions peuvent en bénéficier ainsi que les modalités d'évaluation de son utilisation sont fixées par voie réglementaire ; »



II. – Le montant du fonds spécial mentionné au 1° de l'article L. 211-10 du même code est fixé pour 2005 à 24,31 millions d'euros, répartis comme suit :

1° 19 448 000 € au titre de la première part ;

2° 4 862 000 € au titre de la seconde part.

### **Article 26**

La part prise en charge par la Caisse nationale des allocations familiales des dépenses mentionnées au 5° de l'article L. 223-1 du code de la sécurité sociale est égale à une fraction fixée à 60 % pour l'année 2005.

### **Article 27**

Pour 2005, l'objectif de dépenses de la branche famille de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 46,2 milliards d'euros.

## Section 3

### **Branche vieillesse**

### **Article 28**

I. – L'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du 3° est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Une partie de la contribution due à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés dans les conditions définies par l'arrêté prévu au troisième alinéa du présent 3° est versée au Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale. » ;

2° Le troisième alinéa du même 3° est ainsi rédigé :

« – pour la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et pour le Fonds de réserve pour les retraites, par arrêté des ministres chargés du budget et de la sécurité sociale ; les versements directs à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés sont garantis par l'Etat dans des conditions définies en loi de finances ; ».

II. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa de l'article L. 135-6, après le mot : « mission », il est inséré le mot : « principale » ;

2° Le même article est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le Fonds de réserve pour les retraites assure également la gestion financière d'une partie de la contribution exceptionnelle, forfaitaire et libératoire due à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés en application du 3° de l'article 19 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 relative au service public de l'électricité et du gaz et aux entreprises électriques et gazières.

« Les conditions et les résultats de la gestion de cette partie de la contribution sont retracés chaque année dans l'annexe des comptes du fonds. Cette partie de la contribution et ses produits financiers, nets des frais engagés par le fonds, sont rétrocédés à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés à compter de 2020, dans des conditions fixées par convention entre la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés et le Fonds de réserve pour les retraites. » ;

3° Après le deuxième alinéa de l'article L. 135-10, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Par dérogation à l'alinéa précédent, le fonds est autorisé à effectuer une gestion financière directe sans recourir à des mandats de gestion dans des cas exceptionnels, à titre temporaire, pour préserver la sécurité des actifs détenus par le fonds. Les conditions d'application de cette dérogation sont fixées par arrêté conjoint des ministres chargés de l'économie et de la sécurité sociale. » ;

4° Le deuxième alinéa de l'article L.135-12 est ainsi rédigé :

« Ils certifient les comptes annuels et émettent un rapport d'examen limité sur les comptes intermédiaires semestriels du fonds avant qu'ils soient soumis par le directoire au conseil de surveillance et qu'ils soient publiés. »

III à V. – *Supprimés*.....

VI. – Le V de l'article 18 de la loi n° 2004-803 du 9 août 2004 précitée est ainsi modifié :

1° Au deuxième alinéa, les taux : « 1 % et 10 % » sont remplacés par les taux : « 10 % et 20 % », et les taux : « 10 % et 20 % » sont respectivement remplacés par les taux : « 20 % et 35 % » ;

2° Au troisième alinéa, les taux : « 10 % et 20 % » sont remplacés par les taux : « 15 % et 25 % ».

## **Article 29**

I. – L'âge de soixante ans mentionné au 1° du I de l'article L. 24 du code des pensions civiles et militaires de retraite est abaissé pour les fonctionnaires affiliés à la Caisse nationale de retraites des agents des collectivités locales qui justifient, dans ce régime et, le cas échéant, dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires, d'une durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes au moins égales à cent soixante-huit trimestres :

1° A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2008, à cinquante-six ans pour les fonctionnaires qui justifient d'une durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cent soixante-huit trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

2° A compter du 1<sup>er</sup> juillet 2006, à cinquante-huit ans pour les fonctionnaires qui justifient d'une durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cent soixante-quatre trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ans ;

3° A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, à cinquante-neuf ans pour les fonctionnaires qui justifient d'une durée d'activité ayant

donné lieu à cotisations à leur charge au moins égale à cent soixante trimestres et ayant débuté leur activité avant l'âge de dix-sept ans.

Pour l'application de la condition d'âge de début d'activité définie au 1°, au 2° et au 3°, sont considérés comme ayant débuté leur activité avant l'âge de seize ou dix-sept ans les fonctionnaires justifiant :

– soit d'une durée d'assurance d'au moins cinq trimestres à la fin de l'année au cours de laquelle est survenu, respectivement, leur seizième ou leur dix-septième anniversaire ;

– soit, s'ils sont nés au cours du quatrième trimestre et ne justifient pas de la durée d'assurance prévue à l'alinéa précédent, d'une durée d'assurance d'au moins quatre trimestres au titre de l'année au cours de laquelle est survenu, respectivement, leur seizième ou leur dix-septième anniversaire.

Pour l'application de la condition de durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à la charge des fonctionnaires définie aux 1°, 2° et 3°, sont réputées avoir donné lieu à cotisations :

– les périodes de service national, à raison d'un trimestre par période d'au moins quatre-vingt-dix jours, consécutifs ou non. Lorsque la période couvre deux années civiles, elle peut être affectée à l'une ou l'autre de ces années, la solution la plus favorable étant retenue ;

– les périodes pendant lesquelles les fonctionnaires ont été placés en congé de maladie statutaire ainsi que les périodes comptées comme périodes d'assurance dans un ou plusieurs autres régimes obligatoires au titre de la maladie, de la maternité et de l'incapacité temporaire.

Ces périodes sont retenues respectivement dans la limite de quatre trimestres et sans que le nombre de trimestres ayant donné lieu à cotisations ou réputés tels puisse excéder quatre pour une même année civile.

Pour l'application de cette même condition de durée d'activité ayant donné lieu à cotisations à la charge des fonctionnaires, il est retenu un nombre de trimestres au plus égal à quatre au titre de chaque année civile au cours de laquelle

l'assuré a été affilié successivement ou simultanément à plusieurs des régimes considérés.

Pour l'application de la condition de durée d'assurance ou de périodes reconnues équivalentes définie au premier alinéa du présent article, sont prises en compte la bonification pour enfant mentionnée aux *b* et *b bis* de l'article L. 12 du code des pensions civiles et militaires de retraite, les majorations de durée d'assurance mentionnées aux articles L. 12 *bis* et L. 12 *ter* et les périodes d'interruption ou de réduction d'activité mentionnées au 1<sup>o</sup> de l'article L. 9 du même code.

II. – L'année au cours de laquelle sont réunies les conditions définies au I du présent article est l'année retenue pour l'application des dispositions du II et du III de l'article 66 de la loi n<sup>o</sup> 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, à condition que le fonctionnaire demande à bénéficier des dispositions du présent article avant son soixantième anniversaire.

III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2005.

### **Article 30**

Pour 2005, l'objectif de dépenses de la branche vieillesse et veuvage de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres est fixé à 156,7 milliards d'euros.

## TITRE V

### OBJECTIFS DE DÉPENSES RÉVISÉS POUR 2004

#### Article 31

Pour 2004, les objectifs révisés de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :

|  | (En milliards d'euros) |
|--|------------------------|
| Maladie, maternité, invalidité et décès..... | 145,1                  |
| Vieillesse et veuvage.....                   | 146,8                  |
| Accidents du travail .....                   | 10,1                   |
| Famille .....                                | 45,0                   |

## TITRE VI

### MESURES DIVERSES ET DISPOSITIONS RELATIVES À LA TRÉSORERIE

#### Article 32

I. – L'intitulé du chapitre VIII *bis* du titre III du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « Dispositions communes aux contributions recouvrées par les organismes de recouvrement du régime général ».

II. – L'article L. 138-20 du même code est ainsi rédigé :

« *Art. L. 138-20.* – Les contributions instituées aux articles L. 138-1, L. 138-10, L. 245-1, L. 245-5-1 et L. 245-6 sont recouvrées et contrôlées, selon les règles et sous les sanctions et garanties applicables au recouvrement des cotisations du régime général assises sur les rémunérations, par des organismes

mentionnés à l'article L. 213-1 désignés par le directeur de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale.

« La contribution instituée à l'article L. 137-6 est recouvrée et contrôlée par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, dans les conditions prévues au 3° de l'article L. 225-1-1. L'agence peut recueillir l'assistance des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et des caisses générales de sécurité sociale des départements d'outre-mer, notamment par la mise à disposition d'agents de ces organismes, chargés du contrôle.

« Les agents chargés du contrôle sont habilités à recueillir auprès des assujettis tous les renseignements de nature à permettre le contrôle de l'assiette et du champ d'application des contributions. »

III. – L'article L. 138-21 du même code est abrogé.

IV. – Aux articles L. 138-7, L. 138-17, L. 245-3 et L. 245-5-5 du même code, les mots : « au 3° de l'article L. 225-1-1 et des articles L. 138-20 à L. 138-23 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 138-20 à L. 138-23 ». A l'article L. 138-19 du même code, les mots : « l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale » sont remplacés par les mots : « l'union de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales désignée à cet effet ».

V. – Les dispositions du présent article s'appliquent pour le recouvrement des contributions exigibles à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, à l'exception du solde de la contribution prévue au VII de l'article 12 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) ainsi que de la régularisation de la contribution prévue à l'article L. 138-4 du code de la sécurité sociale intervenant le 31 mars 2005, dont le recouvrement et le contrôle relèvent de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale dans les conditions prévues au deuxième alinéa de l'article L. 138-20 du code de la sécurité sociale.

Les organismes mentionnés au premier alinéa de l'article L. 138-20 reprennent les droits et obligations, actions et poursuites, dettes et créances de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, nés des opérations de

recouvrement et de contrôle intervenues jusqu'au 31 décembre 2004, à l'exception de ceux relatifs au solde et à la régularisation mentionnés à l'alinéa précédent.

### **Article 32 bis (nouveau)**

I. – Le code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au début de l'article L. 212-3, il est inséré un I ainsi rédigé :

« I. – La Caisse maritime d'allocations familiales assure en faveur des personnes affiliées au régime spécial de sécurité sociale des gens de mer le service des prestations familiales.

« Elle assure également pour ces personnes :

« 1° Le recouvrement des cotisations d'allocations familiales dues par les employeurs et les travailleurs indépendants selon les règles et sous les garanties et sanctions applicables à ce recouvrement par les unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales et les caisses générales de sécurité sociale ;

« 2° Le recouvrement de la contribution sociale généralisée selon les dispositions des articles L. 136-1 et suivants ;

« 3° Le recouvrement de la contribution pour le remboursement de la dette sociale instituée par l'article 14 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 relative au remboursement de la dette sociale ;

« 4° Le contrôle et le contentieux du recouvrement prévu aux 1°, 2° et 3°. » ;

2° Le 6° de l'article L. 752-4 est complété par les mots : « à l'exception des compétences mentionnées aux 1°, 2°, 3° et 4° de l'article L. 212-3 du présent code qui sont exercées dans les départements d'outre-mer par la Caisse maritime d'allocations familiales ».

II. – Sous réserve des décisions juridictionnelles passées en force de chose jugée, sont validées à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1999 les actions de recouvrement des cotisations d'allocations familiales, de la contribution sociale généralisée et de la



contribution pour le remboursement de la dette sociale dues par les personnes affiliées au régime spécial de sécurité sociale des gens de mer, dès lors qu'elles ont été effectuées en métropole ou dans les départements d'outre-mer, en leur nom ou pour le compte des caisses générales de sécurité sociale, par la Caisse maritime d'allocations familiales à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2002, et antérieurement, par la Caisse nationale des marins pêcheurs et par la Caisse nationale d'allocations familiales des marins du commerce.

### **Article 33**

I. – A l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction applicable à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2005, les mots : « prestations d'hospitalisation mentionnées au 1<sup>o</sup> de l'article L. 162-22-6 des établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* du même article et les » sont supprimés.

II. – Après l'article L. 174-2 du même code, il est inséré un article L. 174-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 174-2-1.* – La part prise en charge par l'assurance maladie pour les prestations d'hospitalisation prévues au 1<sup>o</sup> de l'article L. 162-22-6 et réalisées dans les établissements de santé mentionnés aux *a*, *b* et *c* du même article, les médicaments et produits et prestations mentionnés à l'article L. 162-22-7 ainsi que les actes et consultations mentionnés à l'article L. 162-26 est remboursée aux établissements pour le compte de l'ensemble des régimes par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2.

« Un décret en Conseil d'Etat détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels cet organisme peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement. »

III. – L'article L. 174-18 du même code est ainsi modifié :

1<sup>o</sup> La première phrase du premier alinéa est ainsi rédigée :

« Les frais d'hospitalisation afférents aux soins dispensés dans les établissements de santé privés mentionnés aux *d* et *e* de l'article L. 162-22-6, pris en charge par les régimes obligatoires

d'assurance maladie, sont remboursés, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'établissement. » ;

2° Le dernier alinéa est ainsi rédigé :

« Un décret en Conseil d'Etat, après avis des organisations représentatives des établissements de santé, détermine les modalités d'application du présent article, notamment les responsabilités respectives de cette caisse et de l'organisme dont dépend le bénéficiaire des soins, en particulier les conditions et les délais dans lesquels la caisse mentionnée au premier alinéa peut assurer la vérification des sommes à rembourser et autoriser leur paiement. »

IV. – Le D du V de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 2003-1199 du 18 décembre 2003) est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Les dotations annuelles complémentaires mentionnées au 2° du A du V du présent article sont versées par douzième par la caisse mentionnée à l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

« Pour les années 2005 et 2006, la répartition des sommes versées, au titre de l'alinéa précédent aux établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 du même code, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est effectuée dans les conditions prévues à l'article L. 174-2 susmentionné. De même, par dérogation à l'article L. 162-22-15 du même code, les sommes versées au titre des forfaits annuels mentionnés à l'article L. 162-22-8 du même code et des dotations annuelles de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation mentionnées à l'article L. 162-22-13, sont également réparties selon les modalités prévues à l'article L. 174-2.

« Pour les années 2007 à 2012, la répartition, entre les régimes obligatoires d'assurance maladie, des sommes versées au titre de la dotation annuelle complémentaire aux établissements mentionnés aux *a*, *b* et *c* de l'article L. 162-22-6 est effectuée chaque année au prorata des charges afférentes aux frais d'hospitalisation au titre des soins dispensés l'année

précédente et supportées par chacun de ces régimes dans le cadre des activités de médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie de ces établissements.

« Les modalités d'application des trois alinéas précédents sont précisées par décret en Conseil d'Etat. »

### **Article 34**

Le chapitre IV *bis* du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 114-6 ainsi rédigé :

« *Art. L. 114-6.* – Les comptes des régimes et organismes de sécurité sociale doivent être réguliers, sincères et donner une image fidèle de leur patrimoine et de leur situation financière.

« Les comptes annuels et infra-annuels des organismes de base de sécurité sociale sont présentés par l'agent comptable, établis sous sa responsabilité et visés par le directeur, sont transmis à l'organisme national de la branche ou du régime qui les valide et établit le compte combiné de la branche ou du régime.

« Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base transmettent leurs comptes annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes.

« Les organismes nationaux de sécurité sociale qui gèrent un régime obligatoire de base comportant un réseau de caisses locales ou régionales transmettent les comptes combinés annuels au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes.

« Les comptes des régimes de protection sociale agricole sont également transmis au ministre de l'agriculture.

« Les comptes annuels et infra-annuels des unions de recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales présentés par l'agent comptable, établis sous sa responsabilité et visés par le directeur, sont transmis à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale qui les valide et établit annuellement le compte combiné de l'activité de

recouvrement. L'agence transmet ce compte combiné annuel au ministre chargé de la sécurité sociale et à la Cour des comptes.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret. »

### **Article 34 bis (nouveau)**

Après le chapitre IV *bis* du titre I<sup>er</sup> du livre I<sup>er</sup> du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre IV *ter* ainsi rédigé :

#### « CHAPITRE IV TER

#### **« Alerte sur l'évolution des dépenses de sécurité sociale**

« Art. L. 114-7. – Les organismes nationaux visés au deuxième alinéa de l'article L. 114-6 sont chargés d'alerter le Gouvernement en cas d'évolution des dépenses de la branche ou du régime manifestement incompatible avec le respect des objectifs votés par le Parlement en loi de financement de la sécurité sociale.

« Le Gouvernement en informe les commissions compétentes des assemblées ainsi que des mesures prises ou envisagées pour y remédier. »

### **Article 35**

Les besoins de trésorerie des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres et des organismes ayant pour mission de concourir à leur financement peuvent être couverts par des ressources non permanentes dans les limites suivantes :

(En millions d'euros)

|   |        |
|---|--------|
| Régime général .....  | 13 000 |
| Régime des exploitants agricoles.....                                       | 6 200  |
| Caisse nationale de retraites des agents des<br>collectivités locales ..... | 500    |
| Caisse autonome nationale de sécurité sociale dans<br>les mines .....       | 200    |
| Caisse nationale des industries électriques et<br>gazières .....            | 500    |

Les autres régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres, lorsqu'ils disposent d'une trésorerie autonome, ne sont pas autorisés à recourir à des ressources non permanentes.

*Délibéré en séance publique, à Paris, le 2 novembre 2004.*

*Le Président,*

*Signé : JEAN-LOUIS DEBRÉ*



ANNEXE

**RAPPORT SUR LES ORIENTATIONS  
DE LA POLITIQUE DE SANTÉ ET DE SÉCURITÉ SOCIALE  
ET LES OBJECTIFS QUI DÉTERMINENT  
LES CONDITIONS GÉNÉRALES DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER  
DE LA SÉCURITÉ SOCIALE**

Notre modèle de sécurité sociale a des atouts considérables : il rend possible un accès de tous à des soins de qualité, indépendamment de conditions d'âge ou de revenus. Il garantit à nos aînés, par un système de répartition solidaire, des prestations de retraite d'un niveau élevé. Il est le fondement d'une politique familiale ambitieuse qui soutient notre démographie, aide les familles en difficulté et permet de concilier vie familiale et vie professionnelle. Ce modèle, enfin, permet de construire une solidarité réelle vis-à-vis des personnes âgées comme des personnes handicapées qui ont besoin d'aide et de soutien.

Sa préservation et sa consolidation sont les priorités du Gouvernement. Ce dernier s'est engagé depuis deux ans dans un ensemble de réformes pour adapter notre système de santé et de sécurité sociale aux mutations économiques et sociales, notamment le vieillissement de la population.

Les différents régimes de sécurité sociale sont en effet confrontés à des défis communs qui conduisent à des difficultés financières structurelles et à une remise en cause des organisations et des modes de gestion traditionnels.

Pour faire face à ces défis, le Gouvernement privilégie une méthode : des réponses structurelles issues d'un dialogue avec l'ensemble des partenaires.

La réforme des retraites, par la loi du 21 août 2003, a constitué la première réponse à ces défis en garantissant la pérennité de notre système par répartition et en renforçant son équité.

Le plan « Vieillesse et solidarité » avec l'affectation de moyens financiers nouveaux très importants destinés aux politiques de prise en charge des personnes âgées et des

personnes handicapées a répondu dans un deuxième temps à un besoin fort de notre société.

Enfin, la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie réforme en profondeur notre système de soins et d'assurance maladie pour faire face à la crise financière que traverse l'assurance maladie et pour améliorer l'organisation des soins dans notre pays.

Au travers de ces trois réformes majeures, élaborées en étroite concertation avec l'ensemble des acteurs concernés, le Gouvernement a pris ses responsabilités pour garantir la pérennité de notre modèle de sécurité sociale.

## **1. La politique de santé et d'assurance maladie**

### **1.1. Le renforcement de la politique de santé publique et de sécurité sanitaire**

Le vote de la loi du 9 août 2004 relative à la politique de santé publique pose les fondements d'une rénovation de la politique de santé publique.

Si la France dispose d'un système de soins curatifs parmi les meilleurs au monde, elle présente, en termes d'indicateurs de santé, deux points faibles : une importante mortalité prématurée, et des inégalités de santé plus fortes que dans d'autres pays entre les catégories de population, les sexes, ou encore les différentes régions.

La loi du 9 août 2004 permet de se doter d'une organisation sanitaire rééquilibrée au bénéfice de la politique de prévention. C'est à l'Etat que revient la responsabilité de piloter les programmes d'action qui permettront de répondre aux grands enjeux de santé publique. Il le fera au regard des objectifs de santé publique qui figurent dans le rapport annexé à la loi relative à la politique de santé publique.

Cette construction d'une véritable politique de santé publique et de prévention, pour l'éducation à la santé et la promotion de la santé, passe aussi par une déclinaison locale, afin d'être adaptée aux populations auxquelles elle s'adresse et à leur cadre de vie. C'est l'objectif des groupements régionaux de santé publique (GRSP) qui rassemblent l'ensemble des acteurs



régionaux impliqués dans ces politiques. Seront notamment pris en compte les schémas d'organisation spécifiques, en particulier le schéma d'organisation sanitaire, le schéma d'éducation pour la santé, le schéma de santé mentale, etc. Les premiers GRSP seront opérationnels au cours de l'année 2005.

Le Gouvernement a également fixé cinq grandes priorités : la lutte contre le cancer, la santé environnementale incluant la santé au travail, la violence et les comportements à risques, les maladies rares et, enfin, la qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques.

Le Gouvernement s'engage à mener les actions nécessaires afin d'obtenir une meilleure prise en charge des patients à l'issue de leur séjour en urgence psychiatrique, et notamment pédo-psychiatrique. Il conviendra de mieux adapter la prise en charge de ces patients à l'hôpital et dans les structures ouvertes.

La lutte contre le tabagisme comme la politique de sécurité routière constituent d'incontestables succès. Près de 1,8 million de personnes auront arrêté de fumer en 2004, tandis que le nombre de morts sur la route aura baissé cette même année de plus de 10 %.

Le Gouvernement s'engage à mener les actions nécessaires afin d'obtenir une diminution concrète de la consommation de stupéfiants. Il conviendra notamment de proposer une prise en charge thérapeutique adaptée aux consommateurs de stupéfiants.

Le plan national « santé-environnement », présenté par le Gouvernement en juin 2004, se fixe comme objectif de mener d'ici 2008 les actions nécessaires pour prévenir les pathologies d'origine environnementale, notamment les cancers, mieux informer le public et protéger les populations sensibles. Il s'attaque à l'ensemble des facteurs de risques, qu'il s'agisse des substances chimiques ou des événements climatiques extrêmes, et à tous les milieux d'exposition, depuis les expositions professionnelles et l'air extérieur jusqu'à l'habitat individuel.

La rénovation de la politique de santé publique suppose aussi un renforcement du dispositif de sécurité sanitaire. L'organisation de la sécurité sanitaire sera améliorée en définissant plus clairement les responsabilités des différents acteurs. Il en est ainsi de l'Institut de veille sanitaire, dont la

mission de veille continue sur l'état de santé de la population est renforcée par la loi relative à la politique de santé publique tout comme son implication dans la vigilance sanitaire et la gestion des alertes.

## **1.2. La réforme de l'assurance maladie**

Face à la triple crise de financement, d'organisation et de légitimité que traversait l'assurance maladie, le Gouvernement a entamé en 2004 la réforme de l'assurance maladie par la loi du 13 août 2004.

Sur la base du rapport du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, cette réforme garantit la pérennité de notre système de santé et d'assurance maladie en créant les conditions d'une nouvelle organisation des soins, en refondant la gouvernance des organismes d'assurance maladie et en assurant la viabilité financière de la branche.

La mise en place du dossier médical personnel et l'identification d'un médecin traitant permettront d'organiser des parcours de soins plus cohérents, gage d'une meilleure qualité des soins. Celle-ci sera également favorisée par l'élaboration, par la Haute autorité de santé, de référentiels de bonne pratique effectivement utilisables par les professionnels de santé. La loi relative à l'assurance maladie prévoit également une obligation d'évaluation des pratiques professionnelles pour les médecins.

La gouvernance de l'assurance maladie est adaptée pour redonner aux conseils un véritable pouvoir d'orientation et clarifier les responsabilités de gestion. L'Union nationale des caisses d'assurance maladie mettra en œuvre un nouveau partenariat avec les professionnels de santé et les organismes de couverture complémentaire.

La mise en place d'une véritable maîtrise médicalisée des dépenses d'assurance maladie passe également par ce renouveau du dialogue conventionnel. Elle implique aussi une mobilisation de l'ensemble du réseau de l'assurance maladie afin de lutter contre les dépenses injustifiées, notamment dans le domaine des arrêts de travail et des prescriptions.

Cette maîtrise médicalisée devra porter ses fruits conjointement avec une politique du médicament qui vise à concilier les exigences d'économies avec la valorisation de l'innovation et de la recherche.

La politique de développement des médicaments génériques sera amplifiée, avec l'accélération de leur mise sur le marché et la mobilisation de l'ensemble des acteurs. Un comité de suivi du médicament générique permettra au Comité économique des produits de santé d'appliquer les tarifs forfaitaires de responsabilité si l'utilisation de ces produits ne se développe pas suffisamment.

La mise en œuvre d'une charte de la visite médicale, l'adaptation des conditionnements au traitement des maladies chroniques ainsi que le suivi de l'utilisation des médicaments onéreux à l'hôpital permettront aussi de modérer les volumes grâce à l'encouragement du bon usage des traitements.

Par ailleurs, l'assurance maladie adaptera la prise en charge des produits de santé en fonction de l'utilité médicale, selon les recommandations de la Haute autorité de santé.

Enfin, dans le cadre de la politique triennale conventionnelle, le Comité économique des produits de santé continuera d'avoir une gestion active des prix en fonction du cycle de vie des produits et de l'état de la concurrence.

La réforme de l'assurance maladie, à travers les économies ainsi effectuées et l'augmentation des recettes déterminée dans la loi du 13 août 2004, permettra un retour vers l'équilibre financier en 2007. La loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 traduit dans ses équilibres financiers la première étape de ce redressement.

Afin de lutter contre la désertification, l'isolement et les problèmes de sécurité, le Gouvernement favorise les initiatives pour la création de maisons médicales rurales et en zones urbaines difficiles. Cela permettra aussi de maintenir la permanence des soins.

### **1.3. Une nouvelle politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées**

La nouvelle politique en faveur des personnes âgées et des personnes handicapées s'inscrit dans la perspective donnée par le Premier ministre le 6 novembre 2003 de conduire une réforme de solidarité pour les personnes dépendantes, qui a eu une première traduction avec la création, par la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, de la Caisse nationale de la solidarité pour l'autonomie (CNSA).

La refondation de la politique du handicap est en cours avec le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Parmi les trois chantiers prioritaires du Président de la République pour le quinquennat figure l'intégration pleine et entière des personnes handicapées dans notre société, de l'école à l'entreprise, à domicile comme en institution spécialisée. La politique en faveur des personnes handicapées, largement interministérielle, a pour objectif de leur permettre d'exercer un choix de vie en leur facilitant l'accès au droit commun tout en leur offrant des dispositifs adaptés.

Ces orientations opèrent une refonte profonde de la politique du handicap autour de trois axes :

- la garantie donnée aux personnes handicapées du libre choix de leur projet de vie en proposant à chaque personne, dans une approche globale et individualisée, les solutions les plus appropriées. Le droit à compensation se concrétise notamment par la création d'une prestation de compensation qui prend en charge tout ou partie des surcoûts liés aux aides humaines, aux aides techniques ou à l'aménagement du logement ;

- la reconnaissance du droit de chacun à vivre dans la dignité et à exercer pleinement sa citoyenneté exige de favoriser dans chaque domaine une intégration de droit commun. Il convient d'assurer la participation effective des personnes handicapées à la vie sociale, qu'il s'agisse de l'école, de l'insertion professionnelle ou de l'accessibilité ;

- et pour permettre une vie autonome, il faut assurer à chaque personne handicapée des moyens d'existence suffisants. Les prestations de soutien au revenu seront réformées en

abolissant les barrières d'âge et en encourageant l'intégration sociale par un meilleur cumul avec un revenu d'activité.

Pour accompagner financièrement cette évolution, la CNSA a vocation, au titre de 2005, selon les termes de la loi, à financer des actions en faveur des personnes handicapées. Il s'agit principalement du financement de la prestation de compensation et d'une contribution au financement des créations de places d'établissements et services annoncées en janvier 2004.

Dans ce contexte, les crédits d'assurance maladie consacrés aux personnes handicapées consolideront l'offre de compensation collective en matière d'établissements et de services médico-sociaux, en assurant la poursuite du plan de création de places.

S'agissant du volet consacré aux personnes âgées du plan pluriannuel « Vieillesse et solidarités », les principales actions sont les suivantes :

- la poursuite de la modernisation des établissements d'hébergement destinés aux personnes âgées dépendantes ;

- la création de nouvelles places de services de soins infirmiers à domicile, qui permettent de répondre de façon plus satisfaisante à l'aspiration croissante des personnes âgées dépendantes de continuer à vivre à domicile ;

- l'ouverture de services d'accueil de jour, d'hébergement temporaire ou de tout autre mode d'accueil alternatif proposé aux personnes âgées, notamment les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées. Ces places visent à élargir la diversité des réponses offertes tant aux personnes âgées qu'à leurs familles : le plan Alzheimer annoncé en septembre 2004 permettra de mieux faire face à l'augmentation des besoins du fait de la prévalence des maladies dégénératives.

#### **1.4 (nouveau). Le développement de la prévention du cancer du sein**

Le dépistage systématique par une mammographie doit être renforcé sur tout le territoire pour les femmes de plus de cinquante ans, dans le but d'une meilleure prévention, et pour

les plus jeunes une information claire et adaptée par le généraliste devra être effectuée lors des visites.

## **2. La branche accidents du travail**

### **2.1. Les négociations sur l'avenir de la branche**

Conformément aux dispositions de l'article 54 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, les organisations professionnelles d'employeurs et les organisations syndicales de salariés représentatives au plan national sont invitées à soumettre au Gouvernement et au Parlement, dans le délai d'un an, des propositions sur l'avenir de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, notamment sur sa gouvernance et l'évolution des conditions de prévention et de réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles.

Une convention d'objectifs et de gestion entre l'Etat et la branche accidents du travail et maladies professionnelles engagera notamment la branche dans un programme d'amélioration de la qualité du service rendu et élargira sensiblement sa gamme de services offerts aux différents publics.

### **2.2. La modernisation de la tarification**

Le niveau de complexité technique qu'a atteint le dispositif de tarification de l'assurance des accidents du travail au fil de réformes successives en fait un système extrêmement lourd qu'il convient de rénover. Des propositions seront transmises par le Gouvernement aux partenaires sociaux et seront discutées dans le cadre de la négociation sur l'avenir de la branche.

### **2.3. L'indemnisation des victimes de l'amiante**

Après la définition en 2003 de son barème d'indemnisation, le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) assume aujourd'hui pleinement ses missions. Le nombre de dossiers déposés au FIVA ne cesse d'augmenter et devrait atteindre 10 000 dossiers sur l'année 2005.

Par ailleurs, suite à la reconnaissance par le Conseil d'Etat de la carence fautive de l'Etat, le Gouvernement engagera dès

l'automne, avec l'ensemble des acteurs concernés, partenaires sociaux et associations de victimes, une concertation afin d'envisager les évolutions nécessaires de l'ensemble des procédures judiciaires et extrajudiciaires permettant de garantir un haut niveau d'indemnisation et une meilleure sécurité juridique.

Le recours au dispositif de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs exposés à l'amiante connaît également une croissance très soutenue. L'instauration d'une contribution à la charge des entreprises qui ont exposé à l'amiante une partie de leurs salariés permettra de partager le financement de ce dispositif et, dans certains cas, de lutter contre les usages détournés du dispositif.

### **3. La branche famille**

#### **3.1. La poursuite du développement de l'accueil des jeunes enfants**

La mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant (PAJE) au 1<sup>er</sup> janvier 2004 a permis non seulement de simplifier l'aide apportée aux parents de jeunes enfants mais aussi de l'améliorer significativement, tant en ce qui concerne le dispositif de base qu'en matière d'aide à la conciliation de la vie familiale et professionnelle.

L'objectif en 2005 en matière de petite enfance est d'assurer la montée en charge de la PAJE, dont l'allocation de base et la prime de naissance que doivent toucher, en régime de croisière, 200 000 familles de plus qu'en 2003, et de poursuivre le développement de l'offre de garde.

A cet égard, le Gouvernement mettra en œuvre la rénovation du statut des assistants maternels et familiaux prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2005 ; il assurera la montée en puissance du plan de création des 20 000 places de crèches et suscitera l'implication croissante des entreprises dans des financements mixtes de crèches et dans l'aide à la conciliation de la vie familiale et professionnelle de leurs salariés grâce au « crédit d'impôt famille ».

### **3.2. L'accompagnement de l'adolescence**

Le Gouvernement mettra en œuvre en 2005 les douze mesures annoncées lors de la conférence de la famille du 29 juin 2004 dans les domaines de l'engagement personnel, de la santé et des loisirs.

Afin de mieux prendre en compte les besoins de santé spécifiques aux adolescents, un entretien de santé personnalisé en classe de cinquième sera instauré afin de repérer au plus tôt les troubles sanitaires et sociaux susceptibles d'altérer le développement. Par ailleurs, de nouvelles maisons de l'adolescent seront créées pour faciliter la mise en réseau des acteurs autour des adolescents et de leur famille en matière sanitaire et pour créer des lieux d'écoute et d'information dédiés aux adolescents.

Des exonérations fiscales faciliteront l'accès à un travail rémunéré au cours des vacances.

Enfin, pour développer l'autonomie de l'adolescent, la convention d'objectifs et de gestion 2004-2007 inclura les orientations nécessaires à la mise en place d'une action sociale facilitant l'accès des adolescents aux sports, aux loisirs et à la culture.

### **3.3. L'amélioration du soutien aux familles fragiles et la prise en compte des enjeux démographiques**

La conférence de la famille 2005 sera consacrée au soutien aux familles fragiles et aux enjeux démographiques.

Ce sera l'occasion d'analyser le système actuel des prestations (prestations familiales et logement) mais aussi de redéfinir les objectifs de l'action sociale de la branche famille au regard des problématiques liées tant à la composition des familles qu'à leurs contraintes familiales, économiques et sociales.

Les travaux de la conférence de la famille 2005 seront menés en étroite concertation avec l'ensemble des partenaires et des experts, dans le cadre de groupes de travail lancés au début du mois de novembre.



### **3.4. La réforme du dispositif de l'adoption**

La réforme du dispositif de l'adoption sera mise en œuvre. Elle consiste à :

- mieux préparer et aider les candidats à l'adoption ;
- refondre le dispositif de l'adoption internationale avec, en particulier, la création d'une agence française de l'adoption ;
- améliorer la prise en charge, le suivi et la santé des enfants adoptés ;
- favoriser les actions de coopération en matière de protection de l'enfance.

Le Gouvernement proposera une solution pour les femmes fonctionnaires ayant adopté un ou plusieurs enfants avant le 1<sup>er</sup> octobre 1978 et qui ne bénéficient pas de bonification de durée de services pour le calcul de leur retraite.

### **4. La branche vieillesse**

L'année 2004 a vu la mise en œuvre des orientations fixées par la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites, avec la publication de plus de soixante mesures réglementaires d'application sur les quatre-vingt-trois prévues par la loi, qui permettront :

- d'assurer un haut niveau de retraite par l'allongement de la durée d'activité et de la durée d'assurance, avec notamment la première étape de convergence des durées de cotisation dans le secteur public et le secteur privé et l'institution au 1<sup>er</sup> janvier 2004 de la « surcote » et du cumul emploi retraite ;
- de préserver l'équité et l'esprit de justice sociale, avec la retraite anticipée pour les longues carrières et les travailleurs handicapés, la majoration du minimum de pension, la réforme de la réversion et la création du régime additionnel de retraite pour les fonctionnaires ;
- de permettre à chacun de construire librement sa retraite, grâce à l'assouplissement de la décote en cas de carrière incomplète, la relance de la retraite progressive, les rachats de cotisations pour les années d'études ou incomplètes et le lancement du plan d'épargne retraite populaire.

Au cours de l'année 2005, la montée en charge de plusieurs dispositifs - retraite anticipée, allongement de la durée d'assurance - fera l'objet d'une attention particulière. Une première évaluation des effets des dispositifs en faveur de la poursuite de l'activité des salariés âgés pourra être effectuée. Enfin, le groupement d'intérêt public chargé de l'information des assurés sur leurs droits à pension ayant été installé en juillet dernier, les outils permettant l'évaluation du montant prévisible des droits seront mis à la disposition du public.

*Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale dans sa séance du 2 novembre 2004.*

*Le Président,*

*Signé : JEAN-LOUIS DEBRÉ*

-----  
Texte adopté n° 341 – Projet de loi adopté en première lecture de financement de la sécurité sociale pour 2005



Les documents parlementaires (projets de loi, propositions de loi, rapports, comptes rendus des travaux des commissions et de la séance publique, etc.) sont en ligne sur le site internet :

<http://www.assemblee-nationale.fr>

Kiosque de l'Assemblée nationale  
4, rue Aristide-Briand – 75007 Paris