

Le 19 octobre 2010

**Commission des affaires sociales**

Projet de loi de financement de la sécurité sociale (2854)

Amendements reçus par la commission à l'expiration du délai de dépôt  
Liasse 5 (articles 42 – deuxième partie – à 60)  
Rectifiée

NB : les amendements enregistrés et qui ont été déclarés irrecevables par le  
président de la commission ne sont pas diffusés.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE  
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti  
rapporteuse pour le médico-social

Article additionnel après l'article 42

AS	444	
----	-----	--

42  
Après l'article 42, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

I. L'article L. 14-10-5 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

a) Au premier alinéa du I, après les mots : « mentionnés à l'article L.314-3-1 » sont insérés les mots « ainsi qu'au financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 et des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3 qui respectent un cahier des charges fixé par arrêté du ministre chargé des personnes handicapées » ;

b) La première phrase du 1. du I est complétée par les mots : « , ainsi qu'aux groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114- 1- 1 et L. 114-3 » ;

c) Au b) du 1. du I, les mots : « et une contribution, par voie de fonds de concours créé par l'Etat en 2006, au financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés à l'article L.114-1-1. » sont remplacés par les mots : « et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des groupes d'entraide mutuelle mentionnés aux articles L. 114-1-1 et L. 114-3. » ;

d) Le b) du 1. du I est complété par l'alinéa suivant :

« Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. »

e) La première phrase du 2. du I est complétée par les mots : « , ainsi qu'aux maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3 » ;

f) Le b) du 2 du I est complété par les mots suivants : « et les contributions aux budgets des agences régionales de santé pour le financement des maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes malades d'Alzheimer mentionnées à l'article L. 113-3. » ;

g) Le b) du 2. du I est complété par l'alinéa suivant :

« Ces contributions sont arrêtées par décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie dans la limite du montant inscrit au budget de la section. »

II. Au chapitre III du titre I du livre premier du code de l'action sociale et des familles :

a) L'article L. 113-3 devient l'article L. 113-4 ;

b) Il est inséré un article L. 113-3 ainsi rédigé :

« Art. L.113-3. – Les institutions et les professionnels de santé intervenant dans le secteur social, médico-social et sanitaire, sur un même territoire, auprès des personnes âgées atteintes de la maladie d’Alzheimer ou d’une maladie apparentée ou en perte d’autonomie, coordonnent leurs activités au sein de « maisons pour l’autonomie et l’intégration des malades d’Alzheimer ».

« Les conditions de leur fonctionnement répondent à un cahier des charges approuvé par décret, qui fixe notamment les modalités selon lesquelles sont évalués les besoins ainsi que les méthodes mises en œuvre pour assurer le suivi des personnes concernées. »

### Exposé des motifs

Le présent amendement a un double objet :

- sécuriser le financement des maisons pour l’autonomie et l’intégration des malades d’Alzheimer (MAIA) et leur base légale

Les « maisons pour l’autonomie et l’intégration des malades d’Alzheimer » (MAIA), ne sont pas une nouvelle catégorie d’établissements sociaux et médico-sociaux mais la coordination des réseaux d’acteurs existants dans le champ social, médico-social et sanitaire intervenant auprès des personnes âgées malades et en perte d’autonomie et dont la généralisation a été décidée à compter de 2011.

L’amendement vise à assurer leur financement dans le cadre de la section I du budget de la CNSA. Cette imputation permet d’assurer le financement des MAIA quel que soit le statut juridique de son promoteur.

- simplifier le circuit de financement des groupes d’entraide mutuelle

Jusqu’au 31 décembre 2010, le financement des groupes d’entraide mutuelle (GEM) est assuré par l’Etat, grâce à un fonds de concours de la CNSA créé en 2006 et dont le montant s’est élevé à ce jour à 24 millions d’euros. Le versement de la subvention aux GEM conventionnés était assuré jusqu’à la fin de l’année 2009 par les préfets de département [DDASS]. En 2010, il est assuré par les DDCS(PP).

Dans la mesure où les GEM ne constituent pas des établissements ou services médico-sociaux, la compétence les concernant n’a pas été automatiquement transférée aux ARS par la loi du 21 juillet 2009.

Pourtant, il apparaît opportun de simplifier ce circuit de financement. Le I transfère aux ARS la responsabilité opérationnelle du dispositif des GEM, complémentaire de la réponse médico-sociale dont elles ont déjà la charge, et en permet à la CNSA de verser directement aux ARS la dotation GEM, sans passer par le mécanisme de fonds de concours au budget de l’Etat.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE  
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

AS	393	
----	-----	--

42

Article additionnel

Après l'article 42, insérer l'article suivant :

« L'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« « Art. L. 312-7. – Afin de favoriser leur coordination, leur complémentarité et garantir la continuité des prises en charge et de l'accompagnement, notamment dans le cadre de réseaux sociaux ou médico-sociaux coordonnés, les établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1 ou les personnes physiques ou morales qui peuvent être gestionnaires au sens de l'article L. 311-1 ainsi que les personnes morales ou physiques concourant à la réalisation de leurs missions peuvent :

« « 1° Conclure des conventions entre eux, avec des établissements de santé ou avec des établissements publics locaux d'enseignement et des établissements d'enseignement privés ;

« « 2° Créer des groupements d'intérêt économique et des groupements d'intérêt public et y participer ;

« « 3° Créer des groupements de coopération sociale ou médico-sociale. Outre les missions dévolues aux catégories de groupements mentionnées au 2°, le groupement de coopération peut :

« « a) Permettre les interventions communes des professionnels des secteurs sociaux, médico-sociaux et sanitaires, des professionnels salariés du groupement ainsi que des professionnels associés par convention ;

« « b) Être autorisé ou agréé au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail, à la demande des membres, à exercer directement les missions et prestations des établissements et services énoncés à l'article L. 312-1 du présent code et à assurer directement, à la demande de l'un ou plusieurs de ses membres, l'exploitation de l'autorisation ou de l'agrément au titre de l'article L. 7232-1 précité après accord de l'autorité l'ayant délivrée ;

« « c) Être chargé de procéder aux fusions et regroupements mentionnés au 4° du présent article ;

« « d) Créer des réseaux sociaux ou médico-sociaux avec les personnes mentionnées au premier alinéa et adhérer à ces mêmes réseaux ou aux réseaux et groupements de coopération ou d'intérêt public prévus au code de la santé publique.

« « Ils peuvent être constitués entre professionnels des secteurs sociaux et médico-sociaux et sanitaires, entre ces professionnels, les établissements et personnes mentionnés au premier alinéa et les établissements de santé mentionnés à l'article L. 6111-1 du code de la santé publique. Peuvent y être associés, par conventions, des professionnels médicaux et

paramédicaux du secteur libéral ou du secteur public n'exerçant pas dans les établissements et services des membres adhérents.

« « Le groupement de coopération social ou médico-social n'a pas la qualité d'établissement social ou médico-social. Par dérogation, le groupement de coopération qui procède à des fusions en application du 4° du présent article peut acquérir cette qualité.

« « Les dispositions du chapitre III du titre III du livre I<sup>er</sup> de la sixième partie du code de la santé publique sont applicables, sous réserve des dispositions du présent code, aux groupements de coopération sociale ou médico-sociale.

« « Les actions du groupement réalisées au profit d'un seul de ses membres sont financées par celui-ci sur le budget correspondant.

« « 4° Procéder à des regroupements ou à des fusions.

« « Les établissements de santé publics et privés et, dans les conditions prévues par le présent article, les organismes agréés au titre de l'article L. 7232-1 du code du travail peuvent adhérer à l'une des formules de coopération mentionnées au présent article.

« « Les établissements et services sociaux et médico-sociaux mentionnés à l'article L. 312-1 peuvent conclure avec des établissements de santé des conventions de coopération.

« « Afin de favoriser les réponses aux besoins et leur adaptation, les schémas d'organisation sociale et médico-sociale peuvent envisager les opérations de coopération, de regroupement ou de fusion compatibles avec les objectifs de développement de l'offre sociale.

« « La convention constitutive des groupements de coopération définit notamment l'ensemble des règles de gouvernance et de fonctionnement. Elle peut prévoir des instances de consultation du personnel.

« « Les mesures d'application du présent article sont, en tant que de besoin, déterminées par décret en Conseil d'État. » »

## EXPOSÉ SOMMAIRE

Les groupements de coopération sociale ou médico-sociale (GCSMS) ont été institués afin de favoriser et de développer les coopérations dans le secteur de l'action sociale. Largement inspirée du régime juridique des groupements de coopération sanitaire (GCS), la réglementation des GCSMS était stable et sécurisée. Les modifications de l'alinéa 9 de l'article L. 312-7 du code de l'action sociale et des familles introduites par la loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009, puis par l'ordonnance de coordination n° 2010-177 du 23 février 2010 ont au contraire complexifié cette réglementation et déstabilisé les praticiens sur le terrain. Du coup, les dynamiques coopératives public-privé assises sur des GCSMS sont aujourd'hui stoppées, ce qui est très dommageable pour les démarches d'efficience rendues nécessaires pour la maîtrise des comptes sociaux.

En effet et dans un premier temps, la loi du 23 juillet 2009 (26° de l'article 124) a étendu de manière limitée le champ des dispositions du code de la santé publique transposables aux GCSMS (articles L. 6133-3 alinéas 1 et 3, L. 6133-4 alinéa 1, L. 6133-6 et L. 6133-8). Mais en prévoyant l'application de l'article L.6133-8 qui concerne exclusivement les GCS établissements de santé, cette loi a introduit une ambiguïté sur la transposition ou non de la distinction entre GCS de moyens et GCS établissements.

Dans un second temps, l'article 18 de l'ordonnance du 23 février 2010 a rendu applicables aux GCSMS toutes les dispositions du code de la santé publique relatives aux GCS, sous réserve des dispositions du code de l'action sociale et des familles. Il est difficile d'écrire du droit de manière aussi imprécise.

Ces modifications conduisent à un flou juridique qui risque de porter préjudice au dispositif même du GCSMS. L'enjeu se situe sur la transposition ou non aux GCSMS de la distinction entre GCS de moyens et GCS établissements de santé.

Une première interprétation correspond à la lettre de la loi et consiste à retenir une transposition limitée des articles du code de la santé publique. Il est en effet possible de considérer que le GCSMS titulaire d'une autorisation ne peut se transformer automatiquement en établissement ou service social et médico-social dans la mesure où il n'entre pas dans la liste des établissements et services énumérés limitativement par l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles. En outre, seule la loi étant en mesure de créer un tel établissement public (article 34 de la Constitution), le renvoi au code de la santé publique opéré par l'article L. 312-7, avec ses conséquences implicites, ne saurait suffire à justifier de la transformation d'un GCSMS de droit public en établissement public. Les articles L. 6133-7 et L. 6133-8 du code de la santé publique, en ce qu'ils concernent exclusivement les GCS établissements de santé, ne sauraient donc être appliqués aux GCSMS.

La seconde interprétation correspond à l'esprit de la loi et consiste, au contraire, à retenir une transposition générale des articles du code de la santé publique. Dès lors qu'ils sont titulaires d'une autorisation leur permettant d'exercer les missions et prestations des établissements et services mentionnés à l'article L. 312-1, il est ici possible de considérer que les GCSMS se transforment automatiquement en établissements sociaux ou médico-sociaux. Les articles L. 6133-7 et L. 6133-8, bien que concernant exclusivement les GCS établissements de santé, pourraient donc s'appliquer aux GCSMS. L'une des conséquences pratiques négatives de cette interprétation tient à la transformation automatique des GCSMS de droit public détenteurs d'autorisation en établissements publics sociaux ou médico-sociaux. Les modifications apportées par l'ordonnance ont donc pour effet de transposer aux GCSMS la menace dissuasive instaurée par la loi du 23 juillet 2009 pour les partenaires privés minoritaires des GCS de droit public.

Cette mesure, loin de clarifier le régime juridique des GCSMS, suscite de nombreuses interrogations, source d'ambiguïté et d'insécurité juridique. Pour y remédier, il est proposé d'introduire un nouvel alinéa précisant explicitement que le GCSMS n'a pas la qualité d'établissement ou service social ou médico-social, excepté lorsque le groupement procède à une fusion.

**PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

**Amendement**

Présenté par : Catherine Lemorton, Marisol Touraine, , Jean-Marie Le Guen, Michel Issindou, Jean Mallot, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

**ARTICLE ADDITIONNEL**

42

**APRES L'ARTICLE ■, insérer l'article suivant :**

A l'article L. 313-1 du code de l'action sociale et des familles supprimer le deuxième alinéa.

**Exposé des motifs**

Cet amendement vise à supprimer le dispositif transitoire prévu pour la première autorisation délivrée aux centres de soins, d'accompagnement et de prévention en addictologie (CSAPA) et aux centres d'accueil et d'accompagnement à la réduction des risques pour usagers de drogue (CAARUD).

Cette première autorisation est fixée à 3 ans pour ces établissements au lieu de 15 ans pour le droit commun des établissements et services sociaux et médico-sociaux, et son renouvellement est lié à la réalisation d'une évaluation externe.

Cette disposition doit être supprimée car elle ne se justifie pas pour les CSAPA et les CAARUD : cette durée dérogatoire au droit commun des autorisations engendre une instabilité au niveau du droit et pose des difficultés par rapport au calendrier des évaluations internes et externes qui doivent être réalisées au cours d'un cycle d'autorisation.

Concernant les CSAPA et CAARUD ouverts et autorisés avant la promulgation de la loi 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (loi HPST), l'article L132-8 prévoit la communication des résultats d'une évaluation externe au plus tard deux ans avant le renouvellement de l'autorisation, soit dès la première année d'autorisation provisoire. Pour les CSAPA autorisés fin 2007 : ces résultats auraient du être communiqués au plus tard fin 2009.

Pour les CSAPA et CAARUD ouverts et autorisés après la promulgation de la loi HPST, le calendrier et le rythme imposés est tout aussi peu réaliste : communication des résultats de deux évaluations externes durant l'autorisation, c'est-à-dire pendant les trois années d'autorisation provisoire.

PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

Amendement

Présenté par : Martine Carrillon-Couvreur, Marisol Touraine, Danielle Hoffman-Rispal, Laurence Dumont, Jean Mallot, Martine Pinville, Gisèle Biemouret, Michel Issindou, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Marie-Françoise Clergeau, Michel Liebgott, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

ARTICLE ADDITIONNEL

u2

APRES L'ARTICLE ■, insérer l'article suivant :

« III - La procédure d'appel à projet n'est pas applicable aux extensions excédant les seuils fixés au I du présent article lorsque ces extensions ont été prévues dans un contrat défini aux articles L.313-11 à L.313-12-2 du présent code et conclu avant le 1er juillet 2010 entre l'autorité compétente et l'organisme gestionnaire. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'Hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires a modifié en profondeur les règles de création et d'extension des établissements et services sociaux et médico-sociaux.

Elle a ainsi institué une procédure d'appels à projets en préalable à toute création ou extension excédant un seuil fixé par voie réglementaire. Ce seuil a été fixé à 15 places ou 30 % des places déjà autorisés.

L'un des objectifs poursuivis par le législateur est de réduire les délais de créations de places. Toutefois, de nombreux organismes gestionnaires ont conclu des contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens qui comportaient comme objectifs la création de places par voie d'extension qui peuvent excéder les seuils pour lesquels la procédure d'appel à projets est requise.

Or, cette procédure d'appel à projet n'a pas encore pu être mise en place en 2010 et ne le sera probablement que très partiellement en 2011 de telle sorte que les extensions de places prévus dans le cadre de CPOM ne pourront être mises en œuvre.

Cela risque, d'une part, de compromettre l'équilibre financier visé dans les CPOM conclu avant l'entrée en vigueur de la loi « HPST » et, d'autre part, d'entraîner un frein à la création des places ayant pourtant fait l'objet d'une programmation dans le cadre des PRIAC notamment.

Cet amendement permet de mettre en œuvre rapidement les créations de places en rendant possible les extensions supérieures aux seuils fixés pour la procédure d'appel à projet. Il s'agit d'une mesure transitoire puisqu'elle ne concerne que les extensions prévues dans le cadre de CPOM conclus avant le 1er Juillet 2010, date d'entrée en vigueur de la procédure d'appel à projet. Elle permettra ainsi une meilleure consommation de l'ONDAM médico-social pendant une période où la procédure d'appel à projets montera progressivement en charge.

AS	311	
----	-----	--

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010  
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

-----

*Article additionnel après l'article 42*

Dans la dernière phrase du I de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, substituer au mot « font » les mots « peuvent faire ».

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à rendre facultative la conclusion d'un contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens dès lors que la personne morale gestionnaire gère un ensemble d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux dépassant certains seuils.

**PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

**Amendement**

Présenté par : Martine Carrillon-Couvreur, Marisol Touraine, Danielle Hoffman-Rispal, Laurence Dumont, Jean Mallot, Martine Pinville, Gisèle Biemouret, Michel Issindou, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Marie-Françoise Clergeau, Michel Liebgott, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

**ARTICLE ADDITIONNEL**

42

APRES L'ARTICLE ■, insérer l'article suivant :

« Les 13° et 14° de l'article 124 de la loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 sont supprimés. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement, vise à supprimer l'obligation de signature d'un CPOM (contrat pluriannuel d'objectifs et de moyens) dès lors que la personne morale gestionnaire gère un ensemble d'établissements ou services sociaux ou médico-sociaux dépassant certains seuils. Elle a prévu également de substituer les CPOM aux conventions tripartites et aux conventions d'aide sociale (CHRS et Cada).

Les députés du groupe SRC s'étaient opposés lors des discussions autour de la loi, à l'introduction d'une telle mesure.

Comme les organisations représentatives du secteur, ils souhaiteraient à la place de véritables conventions entre les pouvoirs publics et les organisations représentatives des gestionnaires dans certaines conditions. Elle ne peut approuver l'obligation faite aux gestionnaires ayant des établissements et services dépassant certains seuils de budget et de taille de conclure un CPOM qui est loin d'être le « remède miracle » annoncé.

En l'espèce, en imposant au gestionnaire de conclure un contrat d'objectifs et de moyens, la disposition envisagée déséquilibre encore plus la relation entre le gestionnaire et la puissance publique en pénalisant le premier.

On ne peut plus qualifier de « contrat » un dispositif et un document dont la signature est obligatoire et dont le contenu pourrait être imposé unilatéralement.

Une telle mesure nécessiterait, en tout état de cause, la continuité d'existence et la hausse de l'enveloppe dédiée à l'aide à la contractualisation dans le secteur, qui a pourtant été supprimée en 2010.

PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

**Amendement**

Présenté par : Martine Carrillon-Couvreur, Marisol Touraine, Danielle Hoffman-Rispal, Laurence Dumont, Jean Mallot, Martine Pinville, Gisèle Biemouret, Michel Issindou, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Marie-Françoise Clergeau, Michel Liebgott, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

**ARTICLE ADDITIONNEL**

42

APRES L'ARTICLE 62, insérer l'article suivant :

« L'article 63 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 est supprimé.

**Exposé des motifs**

Cet amendement vise à abroger l'article 63 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui a réformé en profondeur la tarification des établissements et services sociaux et médico-sociaux et notamment celle propre aux établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (Ehpad). Ces nouvelles dispositions sont retracées dans les articles L314-2 et suivants du code de l'action sociale et des familles.

Ces mesures ont d'abord impacté fortement la réglementation tarifaire des Ehpad puisque deux arrêtés sont déjà parus pour ces établissements et un projet de décret tarifaire est en cours de discussion avec la DGCS.

Les organisations représentatives du secteur médico-social déplorent l'ampleur des conséquences générées par cette réforme profonde dont les principes n'ont pas été débattus sur le fond ni été préalablement discutés avec les organisations représentatives du secteur.

D'autre part, la logique de cette réforme remet en cause les fondements de la procédure budgétaire et tarifaire et, plus globalement, les principes définis par les lois du 2 janvier 2002 et du 11 février 2005 : le droit à compensation, le libre choix du mode de vie, citoyenneté, la démarche d'amélioration de la qualité, projet individuel.

**PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

**Amendement**

Présenté par : Danielle Hoffman-Rispal, Marisol Touraine, Martine Carrillon-Couvreur, Laurence Dumont, Martine Pinville, Jean Mallot, Gisèle Biemouret, Michel Issindou, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Marie-Françoise Clergeau, Michel Liebgott, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

**ARTICLE ADDITIONNEL**

42

**APRES L'ARTICLE ■, insérer l'article suivant :**

A l'article L 314 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « Ils intègrent l'objectif de réduction progressive des inégalités dans l'allocation des ressources entre régions... », supprimer la fin du 6° alinéa.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à supprimer le dispositif de convergence tarifaire dans les établissements médico-sociaux, notamment dans les établissements d'hébergement pour les personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Lorsque les dotations soins des établissements dépassent un plafond, ces dotations sont diminuées. Ce mécanisme pourrait laisser penser que la dotation soins de certains EHPAD serait trop élevée. Ce qui ne correspond pas à la réalité.

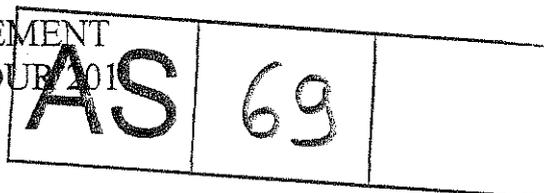
En effet, les taux d'encadrement en personnel soignant restent insuffisants pour répondre aux besoins de soins requis par les personnes âgées hébergées en EHPAD. Ils ne sont que de 0,5 personnel pour 1 résident, alors que le Plan Solidarité Grand Age préconise qu'ils augmentent à 1 personnel pour 1 résident.

Ainsi, 35,5% des EHPAD publics en situation de convergence ont un taux d'encadrement inférieur à 0,3 soignants pour un résident ; 58,8% EHPAD en situation de convergence ont un taux d'encadrement en personnel soignant compris entre 0,3 et 0,6 soignants pour un résident. Seuls, 3,9% des EHPAD en situation de convergence ont un taux d'encadrement en personnel soignant supérieur à 0,6 soignants pour un résident.

La convergence tarifaire n'est pas donc pas justifiée dans le secteur des EHPAD et son application conduira à supprimer des postes de soignants en EHPAD, alors qu'ils ne sont déjà insuffisamment nombreux.

# ASSEMBLEE NATIONALE

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

### ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article <sup>42</sup> ~~42~~, insérer l'article suivant :

L'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est modifié ainsi qu'il suit :

I- 1°) Au début de la deuxième phrase du troisième paragraphe du I, les termes « Il peut être corrigé » sont remplacés par les termes « Il est corrigé ».

2°) Après le troisième paragraphe du I, il est ajouté un nouveau paragraphe libellé comme suit :  
« Les annexes mentionnées au 7° du III de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale mentionnent l'impact de ces modifications des règles de tarification ou de ces changements de régime sur l'objectif fixé en application du présent article ».

3°) Le quatrième paragraphe du I est complété comme suit :  
« Cet arrêté précise, au sein du montant total annuel des dépenses, la part de celles résultant des modifications des règles de tarification ou des changements de régime mentionnés au troisième paragraphe du présent article ».

4°) Le II est complété par un troisième paragraphe libellé comme suit :  
« La décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fixant le montant des dotations régionales limitatives précise, pour chacune des régions, la part de la dotation correspondant à la mise en œuvre des modifications des règles de tarification ou des changements de régime mentionnés au troisième paragraphe du I du présent article ».

II. La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans un rapport publié en février 2010, une enquête conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection des finances a mis en évidence plusieurs facteurs contribuant à une sous consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense des établissements et services médico-sociaux, prévu à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles. Il ressort des conclusions de ce rapport un important manque de visibilité d'une part sur les conditions de formation de cet objectif de dépenses, d'autre part sur les modalités de sa mise en œuvre.

Cet objectif résulte de l'agrégation de deux éléments : la contribution des régimes d'assurance

maladie aux dépenses des établissements et services sociaux et médico-sociaux d'une part, et la part de la contribution de solidarité pour l'autonomie affectée à ces dépenses d'autre part.

Les dépenses des établissements et services concernés peuvent connaître des variations résultant notamment des modifications des règles de tarification (intégration de certaines catégories de dépenses relevant précédemment des soins de ville, modification du périmètre des tarifs, ...) ou d'un changement de régime (transformation d'établissements hospitaliers en établissements sociaux et médico-sociaux).

Il en résulte des modifications de périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, expressément prévues par la loi organique sur les lois de financement de la sécurité sociale (article LO 111-4 du code de la sécurité sociale), qui sont souvent désignées sous l'appellation d'opérations de « fongibilité ». Ces modifications ont un effet particulièrement favorable sur la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Les précisions apportées par le présent amendement tendent à rendre plus visibles la part des modifications d'enveloppes résultant de ces opérations de fongibilité, et de mettre en évidence, pour les autorités de tarification, la part des crédits qui sont affectés à des modifications devant intervenir dans les règles de tarification.

Ainsi, s'agissant de l'objectif global de dépenses pour l'année 2010, il a été fixé par l'autorité ministérielle par arrêté du 9 juin, sans que rien ne permette d'identifier dans cet objectif la part de celles de ces dépenses permettant, notamment, le passage des établissements pour personnes âgées qui renouvellent leur convention prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, dite convention tripartite, dans le régime de tarif global permettant le financement par l'établissement de prestations de soins qui relevaient préalablement des soins de ville. Cette absence de lisibilité a conduit les services des agences régionales de santé chargés de la tarification des établissements et services à ne pas suffisamment prendre en compte les modifications résultant de ces situations, créant la probabilité, une nouvelle fois, de crédits non consommés à la fin de l'exercice en cours.

## LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011 - (n° 2854)

**Amendement n°**  
présenté par Guy MALHERBE

**ARTICLE ADDITIONNEL**  
**APRES L'ARTICLE**

42

L'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est modifié ainsi qu'il suit :

1°) Au début de la deuxième phrase du troisième paragraphe du I, les termes « Il peut être corrigé » sont remplacés par les termes « Il est corrigé ».

2°) Après le troisième paragraphe du I, il est ajouté un nouveau paragraphe libellé comme suit :  
« Les annexes mentionnées au 7° du III de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale mentionnent l'impact de ces modifications des règles de tarification ou de ces changements de régime sur l'objectif fixé en application du présent article ».

3°) Le quatrième paragraphe du I est complété comme suit :  
« Cet arrêté précise, au sein du montant total annuel des dépenses, la part de celles résultant des modifications des règles de tarification ou des changements de régime mentionnés au troisième paragraphe du présent article ».

4°) Le II est complété par un troisième paragraphe libellé comme suit :  
« La décision du directeur de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie fixant le montant des dotations régionales limitatives précise, pour chacune des régions, la part de la dotation correspondant à la mise en œuvre des modifications des règles de tarification ou des changements de régime mentionnés au troisième paragraphe du I du présent article ».

**EXPOSE SOMMAIRE**

Dans un rapport publié en février 2010, une enquête conjointe de l'Inspection générale des affaires sociales et de l'Inspection des finances a mis en évidence plusieurs facteurs contribuant à une sous consommation des crédits soumis à l'objectif global de dépense des établissements et services médico-sociaux, prévu à l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles. Il ressort des conclusions de ce rapport un important manque de visibilité d'une part sur les conditions de formation de cet objectif de dépenses, d'autre part sur les modalités de sa mise en œuvre.

Cet objectif résulte de l'agrégation de deux éléments : la contribution des régimes d'assurance maladie aux dépenses des établissements et services sociaux et médico-sociaux d'une part, et la part de la contribution de solidarité pour l'autonomie affectée à ces dépenses d'autre part.

Les dépenses des établissements et services concernés peuvent connaître des variations résultant notamment des modifications des règles de tarification (intégration de certaines catégories de dépenses relevant précédemment des soins de ville, modification du périmètre des tarifs, ...) ou d'un changement de régime (transformation d'établissements hospitaliers en établissements sociaux et médico-sociaux).

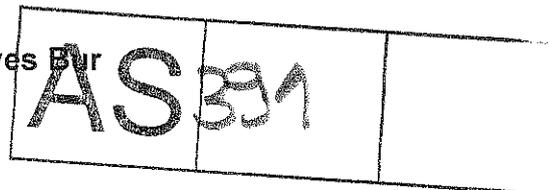
Il en résulte des modifications de périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie, expressément prévues par la loi organique sur les lois de financement de la sécurité sociale (article LO 111-4 du code de la sécurité sociale), qui sont souvent désignées sous l'appellation d'opérations de « fongibilité ». Ces modifications ont un effet particulièrement favorable sur la maîtrise des dépenses d'assurance maladie.

Les précisions apportées par le présent amendement tendent à rendre plus visibles la part des modifications d'enveloppes résultant de ces opérations de fongibilité, et de mettre en évidence, pour les autorités de tarification, la part des crédits qui sont affectés à des modifications devant intervenir dans les règles de tarification.

Ainsi, s'agissant de l'objectif global de dépenses pour l'année 2010, il a été fixé par l'autorité ministérielle par arrêté du 9 juin, sans que rien ne permette d'identifier dans cet objectif la part de celles de ces dépenses permettant, notamment, le passage des établissements pour personnes âgées qui renouvellent leur convention prévue à l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, dite convention tripartite, dans le régime de tarif global permettant le financement par l'établissement de prestations de soins qui relevaient préalablement des soins de ville. Cette absence de visibilité a conduit les services des agences régionales de santé chargés de la tarification des établissements et services à ne pas suffisamment prendre en compte les modifications résultant de ces situations, créant la probabilité, une nouvelle fois, de crédits non consommés à la fin de l'exercice en cours.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE  
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur



42

Article additionnel

Après l'article ~~44~~, insérer l'article suivant :

« Le deuxième alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité.

Les tarifs plafonds appliqués aux maisons de retraite sont identiques entre les établissements publics et privés alors que les écarts sont très importants entre :

– les établissements publics hospitaliers ou autonomes, qui n'assument pas les mêmes charges sociales, et notamment celles de l'assurance chômage, que les établissements privés : un rapport de l'IGAS de 2006 a chiffré cet écart, pour les établissements sanitaires, à 4,15 % ;

– les établissements gérés par les centres communaux d'action sociale, qui bénéficient du même avantage que les établissements publics, en matière de charges sociales, et qui le conjuguent avec le non-paiement de la taxe sur les salaires et de la TVA, ce qui est exorbitant du droit commun, tout en accédant au fonds de compensation de la TVA par le truchement des collectivités gestionnaires ;

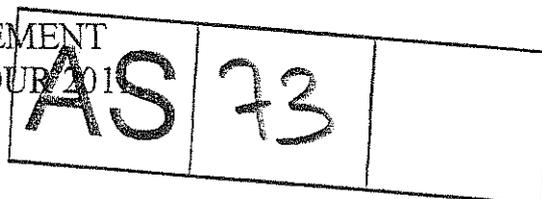
– les établissements privés non lucratifs et privés lucratifs qui sont assujettis à l'ensemble des charges sociales les plus lourdes : assurance-chômage et taxe sur les salaires d'une part, assurance-chômage et impôts du commerce d'autre part.

L'objectif du présent amendement est d'éviter que les établissements privés concernés par la convergence tarifaire subissent une « double peine » : les tarifs plafonds sont uniques et constituent d'ores et déjà un ajustement difficile pour ceux qui sont concernés, avec des obligations d'économies ou de non remplacements d'effectifs, tandis qu'elles auraient à supporter par ailleurs un niveau supérieur de charges sociales et fiscales.

Cette disposition est également importante dans le contexte de préparation d'une réforme de la tarification des services de soins infirmiers d'aide à domicile, qui entend ajuster les allocations de ressources avec les services rendus, décrits de manière statistique. Au-delà du débat actuel quant à la fidélité des outils statistiques envisagés par l'administration pour la juste description des besoins des bénéficiaires, il est important d'ores et déjà que les contraintes spécifiques de charges sociales et fiscales puissent être prises en compte, à défaut de quoi l'apparente égalité de traitement budgétaire des structures publiques et privées masquerait une différence de financement alloué pour des usagers présentant des caractéristiques comparables.

# ASSEMBLEE NATIONALE

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

42

### ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article ■, insérer l'article suivant :

I - Après la dernière phrase du second alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles, est ajoutée la phrase suivante : « Ces règles tiennent compte de coefficients correcteurs, s'appliquant aux tarifs plafonds, adaptés aux écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale ».

~~II - L'article L. 314-3 du code de l'action sociale et des familles est modifié par la création d'une taxe~~

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à intégrer explicitement dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité.

Les tarifs plafonds appliqués aux maisons de retraite sont identiques entre les établissements publics et privés alors que les écarts sont très importants entre :

- Les établissements publics hospitaliers ou autonomes, qui n'assument pas les mêmes charges sociales, et notamment celles de l'assurance chômage, que les établissements privés : un rapport de l'IGAS de 2006 a chiffré cet écart, pour les établissements sanitaires, à 4,15 % ;
- Les établissements gérés par les centres communaux d'action sociale, qui bénéficient du même avantage que les établissements publics, en matière de charges sociales, et qui le conjuguent avec le non-paiement de la taxe sur les salaires et de la TVA, ce qui est exorbitant du droit commun, tout en accédant au fonds de compensation de la TVA par le truchement des collectivités gestionnaires ;
- Les établissements privés non lucratifs et privés lucratifs qui sont assujettis à l'ensemble des charges sociales les plus lourdes : assurance-chômage et taxe sur les salaires d'une part, assurance-chômage et impôts du commerce d'autre part.

L'objectif du présent amendement est d'éviter que les établissements privés concernés par la convergence tarifaire subissent une « double peine » : les tarifs plafonds sont uniques et constituent d'ores et déjà un ajustement difficile pour ceux qui sont concernés, avec des obligations d'économies ou de non remplacements d'effectifs, tandis qu'elles auraient à supporter par ailleurs un niveau supérieur de charges sociales et fiscales. Cette disposition est également importante dans le contexte de préparation d'une réforme de la tarification des services de soins infirmiers d'aide à domicile, qui entend ajuster les allocations de ressources avec les services rendus, décrits de manière statistique. Au-delà du débat actuel quant à la fidélité des outils statistiques envisagés par l'administration pour la juste description des besoins des bénéficiaires, il est important d'ores et déjà que les contraintes spécifiques de charges sociales et fiscales puissent être prises en compte, à défaut de quoi l'apparente égalité de traitement budgétaire des structures publiques et privées masquerait une différence de financement alloué pour des usagers présentant des caractéristiques comparables.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE  
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

AS	392	
----	-----	--

42

Article additionnel

Après l'article 42, insérer l'article suivant :

« Dans les six mois suivant la promulgation de la présente loi, le Gouvernement remet au Parlement un rapport établi par les inspections générales des affaires sociales et des finances sur les écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale entre les différentes catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés par la mise en œuvre de tarifs plafonds ou de mécanismes de convergence tarifaire. » »

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à établir sur des bases objectives les conditions dans lesquelles il est nécessaire d'intégrer dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité :

– les établissements publics hospitaliers ou autonomes, qui n'assument pas les mêmes charges sociales, et notamment celles de l'assurance chômage, que les établissements privés : un rapport de l'IGAS de 2006 a chiffré cet écart, pour les établissements sanitaires, à 4,15 % ;

– les établissements gérés par les centres communaux d'action sociale, qui bénéficient du même avantage que les établissements publics, en matière de charges sociales, et qui le conjuguent avec le non-paiement de la taxe sur les salaires et de la TVA, ce qui est exorbitant du droit commun, tout en accédant au fonds de compensation de la TVA par le truchement des collectivités gestionnaires ;

– les établissements privés non lucratifs et privés lucratifs qui sont assujettis à l'ensemble des charges sociales les plus lourdes : assurance-chômage et taxe sur les salaires d'une part, assurance-chômage et impôts du commerce d'autre part.

L'objectif du présent amendement est d'éviter que les établissements privés concernés par la convergence tarifaire subissent une « double peine » : les tarifs plafonds sont uniques et constituent d'ores et déjà un ajustement difficile pour ceux qui sont concernés, avec des obligations d'économies ou de non remplacements d'effectifs, tandis qu'elles auraient à supporter par ailleurs un niveau supérieur de charges sociales et fiscales.

Cette disposition est également importante dans le contexte de préparation d'une réforme de la tarification des services de soins infirmiers d'aide à domicile, qui entend ajuster les allocations de ressources avec les services rendus, décrits de manière statistique. Au-delà du débat actuel quant à la fidélité des outils statistiques envisagés par l'administration pour la juste description des besoins des bénéficiaires, il est important d'ores et déjà que les contraintes spécifiques de charges sociales et fiscales puissent être prises en compte, à défaut de quoi l'apparente égalité de traitement budgétaire des structures publiques et privées masquerait une différence de financement alloué pour des usagers présentant des caractéristiques comparables.

PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

**Amendement**

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

**Article additionnel**

APRES L'ARTICLE ■, insérer l'article suivant :

42

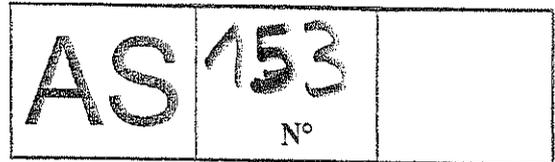
« Un rapport est établi par l'Inspection Générale des Affaires Sociales et l'Inspection Générale des Finances et remis au Parlement dans les six mois à compter de la promulgation de la présente loi, sur les écarts de charges financières résultant d'obligations légales et réglementaires particulières en matière sociale et fiscale entre les différentes catégories d'établissements et services sociaux et médico-sociaux concernés par la mise en œuvre de tarifs plafonds ou de mécanismes de convergence tarifaire ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Le présent amendement vise à établir sur des bases objectives les conditions dans lesquelles il est nécessaire d'intégrer dans la conduite de la convergence tarifaire des établissements sociaux et médico-sociaux les écarts de coûts résultant d'obligations légales et réglementaires différentes dans la détermination des charges salariales et de fiscalité.

Le rapport du Gouvernement transmis aux parlementaires le 15 octobre 2010 n'aborde la question que partiellement et met en évidence la nécessité d'analyser les écarts de structure de qualification.

ART.



## ASSEMBLÉE NATIONALE

---

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

### AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

#### Article additionnel

Après l'article ●, insérer l'article suivant

42

Après le 2<sup>ème</sup> alinéa de l'article L. 314-4 du Code de l'Action Sociale et des Familles, insérer l'alinéa suivant :

*Au sein des structures ayant signées une convention prévue à l'article L. 313-12 du Code de l'Action Sociale et des Familles, la prise en compte des tarifs plafonds, ainsi que les règles permettant de ramener les tarifs pratiqués au niveau des tarifs plafonds ne s'appliquent que si le tarif moyen au sein de la structure gestionnaire est supérieur au tarif plafond fixé par arrêté interministériel.*

#### Exposé des motifs

La loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit la généralisation de contrats obligatoires pluriannuels d'objectifs et de moyens aux associations gestionnaires d'établissements et services pour personnes handicapées qui atteignent ensemble, en raison tant de leur taille que des produits de leur tarification, un seuil fixé par arrêté des ministres chargés des affaires sociales et de l'assurance maladie.

Le développement de cette politique de contractualisation vise notamment à renforcer l'association en sa qualité de gestionnaire d'établissements et services pour personnes handicapées.

Dans la même logique, une association gestionnaire d'établissements et services d'aide par le travail doit pouvoir mutualiser les financements qui lui sont alloués pour le fonctionnement de ces structures et négocier avec l'autorité de tarification un tarif moyen associatif, et non un tarif moyen par établissement ou service d'aide par le travail.

Ainsi, l'association pourra procéder librement à une redistribution des financements qui lui sont alloués et mettre en œuvre une véritable stratégie de gestion de ses Etablissements et Services d'Aide par le Travail. La convergence tarifaire entre les ESAT les mieux dotés et les ESAT les moins bien dotés de l'association sera mise en œuvre par l'Association gestionnaire.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010  
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

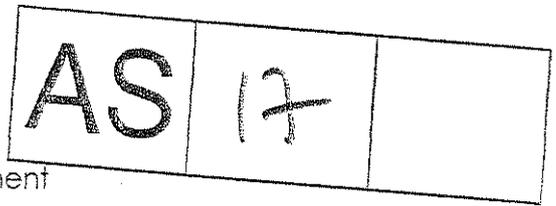
-----

***Article additionnel après l'article 42***

Après les mots « *entre régions* », supprimer la fin de la 2<sup>ème</sup> phrase du 2<sup>ème</sup> alinéa du II de l'article L. 314-3 du code de l'action social et des familles.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à abroger la convergence tarifaire entre les établissements médico-sociaux publics et privés.



Projet de loi de financement  
de la sécurité sociale

AMENDEMENT PRESENTE PAR VALERIE ROSSO-DEBORD

**Mise en place d'un dispositif prospectif et objectif permettant de mesurer l'évolution  
réelle des charges des établissements sociaux et médico-sociaux relevant des  
financements de l'assurance-maladie**

342

Après l'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

Après l'article L.314-3-4 du code de l'action sociale et des familles, il est inséré un article L314-3-5 ainsi rédigé :

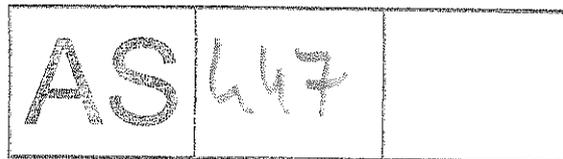
« L'évolution des charges des établissements sociaux et médico-sociaux publics et privés est mesurée par un indice social et médico-social qui est établi pour chacune des catégories d'établissements et services énumérés au I de l'article L 312.1 du code de l'action sociale et des familles. Cet indice est publié par une institution publique et prend en compte l'ensemble des charges de personnel et des autres charges de l'établissement ».

**EXPOSE DES MOTIFS**

Cet amendement est l'équivalent social et médico-social de l'indice santé hospitalier issu des travaux menés par le député Elie About, et qui a reçu le soutien des trois fédérations hospitalières, FEHAP, FHF et FHP, ainsi que de la FNLCC.

Il correspond à la préoccupation d'objectiver les évolutions de charges des établissements sociaux et médico-sociaux, en tenant compte de la nature particulière des proportions occupées par les différentes natures de charges (salaires, charges sociales et fiscales, dépenses médicales, dépenses hôtelières et d'énergie). A l'heure actuelle, aucun indice des prix composite n'existe concernant les charges des établissements sociaux et médico-sociaux publics et privés, sur la base d'un consensus qui pourrait être aisément établi sur les justes proportions de leurs charges.

Naturellement, les tensions sur les finances sociales conduisent les pouvoirs publics à demander des efforts et des gains de productivité aux établissements sociaux et médico-sociaux, et leurs évolutions tarifaires et budgétaires sont déconnectées de la réalité de l'évolution mécanique des charges telle que cet indice des prix social et médico-social le mesurerait. Du coup, l'ampleur de l'effort réalisé n'est pas objectivée et mesurée pour les travaux du Ministère et du Parlement avec les organisations représentatives. Le présent amendement vise à réparer cette difficulté.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N°2854)

Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti  
rapporteuse pour le médico-social

Article additionnel après l'article 45

42

L'article L.314-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1°. Le deuxième alinéa est ainsi rédigé :

*« Ces conditions peuvent porter sur les modalités selon lesquelles les personnes accueillies ou accompagnées peuvent exercer leur libre choix, notamment avant leur admission au sein de l'établissement d'hébergement en connaissance de cause quant à l'organisation mise en place avec des professionnels salariés. Ces conditions peuvent porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des honoraires des professionnels libéraux par l'établissement. »*

2. Le dernier alinéa est complété par les mots et les phrases suivantes : *« sur la base d'un contrat-type établi par un arrêté du ministre chargé des affaires sociales et des personnes âgées. Ce contrat est conclu à la demande de la personne accueillie ou accompagnée, ou de son représentant légal, lorsque les honoraires du professionnel de santé libéral sont remboursés par la caisse primaire d'assurance-maladie à l'assuré social. Ce contrat est conclu à la demande du représentant légal de l'établissement lorsque les honoraires du professionnel de santé libéral sont mis à la charge de l'établissement, selon les règles budgétaires et tarifaires en vigueur, et les options éventuelles exercées par l'établissement. Les contrats conclus avant la publication de l'arrêté relatif aux contrats-types font l'objet de dispositions transitoires, permettant leur poursuite dans les termes antérieurs, sauf dénonciation de l'une ou l'autre partie. »*

## EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement a pour objet de donner une base légale, aujourd'hui absente, à l'édition réglementaire de contrats-type pour des médecins libéraux en EHPAD.

Il vient par ailleurs préciser la situation des établissements qui ont d'ores et déjà adopté le tarif global de soins, qui inclut les rémunérations et honoraires des médecins traitants, quant à leur obligation ou non d'honorer par ailleurs des médecins libéraux consultés par leurs résidents, alors qu'ils ont par ailleurs établi des contrats de travail pour des médecins salariés.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE  
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

AS	394	
----	-----	--

42

Article additionnel

Après l'article 4, insérer l'article suivant :

« L'article L. 314-12 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« « Art. L. 314-12. – Des conditions particulières d'exercice des professionnels de santé exerçant à titre libéral destinées notamment à assurer l'organisation, la coordination et l'évaluation des soins, l'information et la formation sont mises en œuvre dans les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

« « Ces conditions peuvent porter sur les modalités selon lesquelles les personnes accueillies ou accompagnées peuvent exercer leur libre choix, notamment avant leur admission au sein de l'établissement d'hébergement en connaissance de cause quant à l'organisation mise en place avec des professionnels salariés. Elles peuvent également porter sur des modes de rémunération particuliers autres que le paiement à l'acte et sur le paiement direct des honoraires des professionnels libéraux par l'établissement.

« « Un contrat portant sur ces conditions d'exercice est conclu entre le professionnel et l'établissement, sur la base d'un contrat-type établi par un arrêté du ministre chargé des affaires sociales et des personnes âgées. Ce contrat est conclu à la demande de la personne accueillie ou accompagnée, ou de son représentant légal, lorsque les honoraires du professionnel de santé libéral sont remboursés par la caisse primaire d'assurance maladie à l'assuré social. Ce contrat est conclu à la demande du représentant légal de l'établissement lorsque les honoraires du professionnel de santé libéral sont mis à la charge de l'établissement, selon les règles budgétaires et tarifaires en vigueur, et les options éventuelles exercées par l'établissement. Les contrats conclus avant la publication de l'arrêté relatif aux contrats-types font l'objet de dispositions transitoires, permettant leur poursuite dans les termes antérieurs, sauf dénonciation de l'une ou l'autre partie.

« « Aucune différence de traitement ne peut intervenir entre les professionnels libéraux contractants de l'un ou l'autre des contrats visés à l'alinéa précédent, au titre des abattements conventionnels de cotisations sociales visés au 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale. » »

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

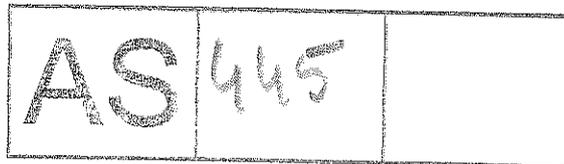
Le présent amendement a pour objet d'apporter une solution et des garanties concrètes concernant des projets réglementaires de contrats-types des médecins libéraux intervenant en EHPAD. Il s'avère en effet que le libellé envisagé des contrats-types, dans les projets de textes :

– est ambigu sur la situation des établissements qui ont d'ores et déjà adopté le tarif global de soins, qui inclut les rémunérations et honoraires des médecins traitants, quant à leur obligation ou non d'honorer par ailleurs des médecins libéraux consultés par leurs résidents, alors qu'ils ont par ailleurs établi des contrats de travail pour des médecins salariés (or les

EHPAD ne peuvent « payer deux fois »). Et cette ambiguïté est très dangereuse car le calibrage des dotations soins des EHPAD n'est pas si large qu'il puisse autoriser la couverture à la fois de charges de médecine salariée dimensionnée pour l'ensemble des besoins des résidents, d'une part, et les demandes par ailleurs de résidents de consulter un médecin libéral en sus. Pour clarifier ce point, il est simplement proposé de distinguer, selon le vieux principe du « qui commande paye », les contrats conclus à l'initiative du résident, parce que ses soins sont assumés par lui et remboursés par la CPAM. Tandis que les contrats comportant des honoraires acquittés par l'établissement sont conclus à l'initiative de leur représentant légal, qui peut donc « faire ses comptes » (diminuer le temps médical salarié pour faire une place budgétaire au temps médical libéral, par exemple) ;

– ne comporte aucune clarification ni garantie sur la question de la perte par les médecins libéraux de leurs abattements de cotisations sociales lorsque leurs honoraires seraient acquittés par les EHPAD, ce qui est un problème très sérieux vécu aujourd'hui par les infirmiers libéraux coopérant avec des HAD, SSIAD, structures de dialyse hors centre. Ce sujet requiert un écrit de la direction de la sécurité sociale et une instruction de l'ACOSS aux URSSAF.

Par ailleurs, la nouvelle rédaction donne une base légale, aujourd'hui absente, à l'édition réglementaire de contrats-types pour des médecins libéraux en EHPAD.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N°2854)**

**Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti  
rapporteuse pour le médico-social**

*Article additionnel après l'article*

42

L'article L.314-12 du code de l'action sociale et des familles est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Les interventions de ces professionnels de santé ne peuvent être qualifiées comme étant une activité salariée conformément à l'article L.8221-6 du code du travail et à l'article L.311-11 du code de la sécurité sociale ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Des professionnels libéraux (médecins, infirmières, auxiliaires médicaux...) interviennent dans les établissements sociaux et médico-sociaux relevant des différentes autorités de tarification compétentes.

Les établissements sociaux et médico-sociaux doivent pouvoir bénéficier des interventions auprès de leurs usagers, lorsque leur état de santé le nécessite, des professionnels médicaux et paramédicaux exerçant à titre libéral, sans qu'elles soient requalifiées en tant qu'activité salariée soumise à cotisations sociales.

Les usagers de ces structures doivent pouvoir bénéficier d'une couverture complète de leurs frais de santé, à identité de droits avec l'ensemble des assurés sociaux.

Or, les établissements et services sociaux et médico-sociaux sont parfois pénalisés, dans le cadre des contrôles réalisés par l'URSAFF, qui requalifient en travail salarié les interventions des professionnels de santé

libéraux réalisées auprès de leurs usagers en complément des missions assurées par l'établissement ou le service.

Afin d'éviter le risque de requalification en travail salarié, il conviendrait donc de faire référence à, l'article L 8221-6 du code du travail (ex. L 120-3) qui établit une présomption de non salariat en faveur notamment des personnes physiques immatriculées aux différents registres et répertoires professionnels. Il en est ainsi des professions libérales, notamment de santé, lesquelles sont inscrites à l'URSSAF, agissant en tant que centre de formalité des entreprises (CFE). L'article L.311-11 code de la sécurité sociale va dans le même sens.

**PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

**Amendement**

Présenté par : Danielle Hoffman-Rispal, Marisol Touraine, Martine Carrillon-Couvreur, Laurence Dumont, Martine Pinville, Jean Mallot, Gisèle Biemouret, Michel Issindou, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Marie-Françoise Clergeau, Michel Liebgott, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

**Article additionnel**

Après l'article 64, insérer cet article :

42

«L'article 64-IV de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 est supprimé. »

**Exposé des motifs**

La réintroduction des médicaments dans les dotations soins des Ehpad a été définie dans ses modalités par l'article 64 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 au prétexte d'améliorer la prise en charge pharmaceutique des résidents des Ehpad et de lutter contre les effets iatrogènes des différents médicaments prescrits. Il s'agissait également de responsabiliser les Ehpad dans la maîtrise des dépenses de médicaments.

Dans le PLFSS pour 2009 initial cette réintégration devait s'opérer au 1<sup>er</sup> janvier 2010. Devant l'opposition des professionnels du secteur à cette mesure, le gouvernement avait décidé de repousser au 1<sup>er</sup> janvier 2011 cette échéance et de programmer une expérimentation préalable dont les évaluations auraient permis d'en faciliter la mise en œuvre.

Une circulaire interministérielle du 6 août 2009 a fixé le cahier des charges. Le cadrage de cette expérimentation a été confié à une mission et elle devait se développer sur 12 mois (du 30 septembre 2009 au 31 octobre 2010). De fait, elle ne s'est engagée qu'en décembre après la diffusion d'une deuxième circulaire aux DDASS, le 10 novembre 2009 notifiant la liste des 279 établissements expérimentateurs.

Un rapport devait être présenté par le gouvernement au parlement au 1<sup>er</sup> octobre 2010 afin d'examiner les modalités de réintégration des médicaments dans les dotations soins dès le 1<sup>er</sup> janvier 2011, comme le prévoyait la LFSS pour 2009.

La mission nationale a souligné les difficultés inhérentes à cette expérimentation et a exprimé sa réserve sur la possibilité de tenir l'échéance de janvier 2011, et sur la faisabilité d'une telle mesure. En effet, le retard enregistré dans la mise en œuvre de cette expérimentation n'a pas permis de lister les médicaments coûteux susceptibles d'être pris en charge par l'Assurance maladie en sus des forfaits soins. Cette liste devait être élaborée dans le cadre de l'expérimentation ; faute de temps il a fallu y renoncer au profit d'une clause de sauvegarde garantissant aux établissements expérimentateurs l'ajustement de la dotation aux dépassements liés aux médicaments coûteux.

Enfin, la non publication à ce jour des décrets réformant les missions et la durée de travail des médecins coordonnateurs et surtout donnant une base réglementaire au conventionnement entre les Ehpad et les médecins libéraux prescripteurs rend encore plus aléatoire l'échéance du 1<sup>er</sup> janvier 2011 pour opérer cette réintégration.

L'instauration d'un système conventionnel entre les Ehpad et les médecins libéraux prescripteur afin d'organiser les modalités de leurs interventions est un pré requis indispensable à la réintégration des dépenses de médicaments dans les dotations soins des Ehpad.

Par ailleurs, le transfert du coût des médicaments des personnes âgées en établissement, de l'enveloppe soins de ville vers les dotations soins des Ehpad, doit faire l'objet d'une évaluation globale et d'une prise en compte dans le cadre de l'ONDAM. Or ce transfert n'a pas été opéré dans le cadre de l'ONDAM 2011.

De plus, l'expérimentation n'a pas permis à ce jour de dimensionner le complément de dotation soins nécessaire à la prise en charge des médicaments et d'élaborer la liste adaptée des médicaments onéreux à retirer du tarif soins, les établissements seraient amenés en effet à gérer des dépenses sur lesquelles ils n'ont à ce jour pas de maîtrise.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE  
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti  
rapporteuse pour le médico-social

Article additionnel après l'article

AS	443	
----	-----	--

L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° A la première phrase du 8ème alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « quatre ».

2° A la première phrase du 9ème alinéa, l'année : « 2010 » est remplacée par l'année : « 2012 » ;

3° A la première phrase du 10ème alinéa, l'année : « 2011 » est remplacée par l'année date : « 2013 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article 64 de la LFSS pour 2009 avait prévu, à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011 la réintégration du coût des médicaments dans le forfait soins des établissements hébergeant des personnes âgées (EHPAD) ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur (PUI), ce avec un double objectif : limiter l'iatrogénie médicamenteuse chez les personnes âgées en établissement et mieux maîtriser les dépenses de médicaments.

Avant cette généralisation était prévue la conduite d'une expérimentation, avant la mise en place généralisée de cette mesure, avec un bilan présenté au parlement en octobre 2010. Aujourd'hui, compte tenu des difficultés apparues lors des premiers mois d'expérimentation, il semble indispensable, avant toute généralisation, de prolonger l'expérimentation.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT  
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. *DOOR***

*Article additionnel*

Après l'article <sup>42</sup> ~~38~~, insérer un article ainsi rédigé :

I. – L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° au huitième alinéa, le chiffre « deux » est remplacé par le chiffre « quatre » ;

2° au neuvième alinéa, l'année « 2010 » est remplacée par l'année « 2012 » ;

3° au dixième alinéa, l'année « 2011 » est remplacée par l'année « 2013 ».

II. – En conséquence, au IV de l'article 64 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009, ainsi qu'au III de l'article 54 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010, l'année « 2011 » est remplacée par l'année « 2013 ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement propose de prolonger de deux ans les expérimentations de réintégration des frais de médicaments dans les forfaits de soins des EHPAD. En effet, ces expérimentations prévues par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 devaient durer deux ans et arriver à leur terme au 1<sup>er</sup> janvier 2011, mais elles ont été mises en œuvre avec dix-huit mois de retard. Au 1<sup>er</sup> janvier prochain, elles n'auront donc duré que six mois, ce qui est insuffisant.

Il est donc proposé que l'expérimentation dure deux ans de plus, et de reporter à la fin de cette phase expérimentale la possibilité pour les groupements de coopération sociale et médico-sociale de gérer des pharmacies à usage intérieur.



312-1 du présent code, qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations de soins mentionnées au 1o de l'article L. 314-2. Ces spécialités pharmaceutiques sont prises en charge dans les conditions de droit commun prévues par la section 4 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. Les dépenses relatives à ces spécialités pharmaceutiques relèvent de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1 du présent code. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique est complété par trois phrases ainsi rédigées :

« La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmacothérapeutique. »

III. – A la fin de la première phrase du V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « dont les missions sont définies par décret » sont remplacés par trois phrases ainsi rédigées : « Le médecin coordonnateur contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent mentionné au premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique. Ses autres missions sont définies par décret. »

IV. – **Supprimé**

## EXPOSÉ DES MOTIFS

Le rapport établi par l'IGAS et le GGES concernant l'intégration systématique des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD montre que cette option n'est pas nécessairement la meilleure, compte-tenu :

- Des difficultés repérées du point de vue de l'administration du dispositif par les différents organismes d'assurance-maladie, et de capacité à effectivement piloter une « gestion du risque » avec les systèmes d'information idoines,
- Des difficultés non surmontées de calibrage et de pilotage des dotations soins à établir sur de nouvelles bases intégrant les médicaments,
- Des difficultés issues de la modification du périmètre de l'assurance maladie obligatoire, par rapport aux régimes de couverture complémentaire.

A cette immaturité du dossier, sur laquelle les auteurs du rapport proposent légitimement de parer en insistant sur une démarche de bon usage et de pilotage du risque, pour la globalité des 10.000 EHPAD de notre pays, la FEHAP ajoute le constat du danger que représentent les travaux de la direction générale de la cohésion sociale et de la direction de la sécurité sociale sur les contrats-type des médecins libéraux intervenant en EHPAD. Il s'avère en effet que le libellé envisagé des contrats-types, dans les projets de textes :

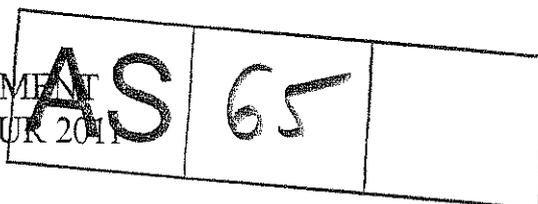
- Est ambigu sur la situation des établissements qui ont adopté le tarif global de soins, qui inclut les rémunérations et honoraires des médecins traitants, quant à leur obligation ou non d'honorer des médecins libéraux consultés par leurs résidents, alors qu'ils ont par ailleurs établi des contrats de travail pour des médecins salariés (or les EHPAD ne peuvent « payer deux fois »). Et cette ambiguïté est très dangereuse car une dérive des prescriptions et de leur coût pour des EHPAD avec des médecins libéraux qui resteraient sourds aux recommandations de leur médecin coordonnateur, comporte, comme seule voie de sortie, l'option vers un tarif global et une médecine salariée plus propice à la maîtrise des dépenses de prescription (effet d'expérience) ;
- Ne comporte aucune clarification ni garantie sur la question de la perte par les médecins libéraux de leurs abattements de cotisations sociales lorsque leurs honoraires seraient acquittés par les EHPAD, ce qui est un problème très sérieux vécu aujourd'hui par les infirmiers libéraux coopérant avec des HAD, SSIAD, structures de dialyse hors centre (confer autre amendement FEHAP). Ce sujet requiert un écrit de la direction de la sécurité sociale et une instruction de l'ACOSS aux URSSAF qui ont été demandés par la FEHAP lors des réunions de concertation au Secrétariat d'Etat aux Aînés, mais malheureusement sans suites à ce jour.

Plutôt que de proposer une abrogation pure et simple de l'expérimentation et de l'intégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD, comme d'autres organisations pourraient interpréter les conclusions du rapport IGAS-CGES, la FEHAP propose avec pragmatisme :

- De permettre aux établissements volontaires de poursuivre l'expérimentation ou d'y entrer, car les enseignements des manques ou insuffisances d'organisation de l'assurance-maladie en termes de gestion des risques sont très utiles (sur ce sujet mais aussi pour d'autres secteurs) ;
- D'abroger l'échéance 2011 d'intégration systématique des médicaments dans les forfaits soins dans les EHPAD, pour les motifs surabondamment démontrés supra, sachant que les pouvoirs publics peuvent « régler » la dynamique de création ou non de PUI par la seule voie tarifaire. Avec un tarif soins avec PUI suffisamment attractif pour maintenir les PUI existantes, voire y faire adhérer d'autres établissements ;
- De confirmer le rôle et la place des GCSMS dans la gestion éventuelle de PUI partagée entre plusieurs EHPAD. La FEHAP est persuadée qu'une bonne entente technique entre une pharmacie d'officine et nombre d'EHPAD est la solution qui sera privilégiée par nombre de dirigeants, compte-tenu de la difficulté d'atteindre l'effectif de 300 lits et places desservis, qui est un minimum pour amortir et étaler les coûts fixes d'une PUI coopérative. Mais en même temps, c'est bien l'existence d'une alternative en GCSMS pour des dirigeants d'EHPAD qui permettra d'obtenir et de maintenir des relations équilibrées avec des pharmaciens d'officine. Là où il n'est pas possible de dire « non », il n'y a pas de « oui » véritable qui puisse émerger et se pérenniser.

# ASSEMBLEE NATIONALE

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

### ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 62, insérer l'article suivant :

L'article 64 de la Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est modifié comme suit :

I. – L'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est complété par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Des expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge sont menées, à compter du 1er janvier 2009 et pour une période n'excédant pas **cinq ans**, dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membres d'un groupement de coopération sanitaire **ou d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale** et qui sont volontaires pour y participer. Ces expérimentations sont réalisées sur le fondement d'une estimation quantitative et qualitative de l'activité de ces établissements et services réalisée. Au titre de ces expérimentations, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale.

« Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de ces expérimentations avant le **1er octobre 2013**. Ce rapport porte également sur la lutte contre la iatrogénie.

« En fonction du bilan des expérimentations présenté par le Gouvernement, et au plus tard le 1er janvier 2015, dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 313-12 du présent code, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 comprennent l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale. Elles comprennent également l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code ou, pour les établissements et services qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne partagent pas la pharmacie à usage intérieur d'un groupement de coopération sanitaire **ou d'un groupement de coopération sociale et médico-sociale**, de certains d'entre eux dont la liste est fixée par arrêté.

« Un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et dispensées aux assurés hébergés dans les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code, qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie en sus des prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2. Ces spécialités pharmaceutiques sont prises en charge dans les conditions de droit commun prévues par la section 4 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale. Les dépenses relatives à ces spécialités pharmaceutiques relèvent de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1 du présent code. »

II. – Le premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique est complété par trois phrases

ainsi rédigées :

« La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmacothérapeutique. »

III. – A la fin de la première phrase du V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les mots : « dont les missions sont définies par décret » sont remplacés par trois phrases ainsi rédigées : « Le médecin coordonnateur contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent mentionné au premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique. Ses autres missions sont définies par décret. »

IV. – **Supprimé**

~~La perte de recettes par l'Etat, évaluée à deux cent millions de francs, est compensée par l'annulation des articles 573 et 574 du Code Général des Impôts.~~

## EXPOSÉ SOMMAIRE

Le rapport établi par l'IGAS et le GGES concernant l'intégration systématique des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD montre que cette option n'est pas nécessairement la meilleure, compte-tenu :

- Des difficultés repérées du point de vue de l'administration du dispositif par les différents organismes d'assurance-maladie, et de capacité à effectivement piloter une « gestion du risque » avec les systèmes d'information idoines,
- Des difficultés non surmontées de calibrage et de pilotage des dotations soins à établir sur de nouvelles bases intégrant les médicaments,
- Des difficultés issues de la modification du périmètre de l'assurance maladie obligatoire, par rapport aux régimes de couverture complémentaire.

Pour faire face à l'immaturité du dossier, les auteurs du rapport proposent légitimement de parer en insistant sur une démarche de bon usage et de pilotage du risque, pour la globalité des 10.000 EHPAD de notre pays.

Plutôt que de proposer une abrogation pure et simple de l'expérimentation et de l'intégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD, le présent amendement prévoit :

- de permettre aux établissements volontaires de poursuivre l'expérimentation ou d'y entrer, car les enseignements des manques ou insuffisances d'organisation de l'assurance-maladie en termes de gestion des risques sont très utiles (sur ce sujet mais aussi pour d'autres secteurs) ;
- d'abroger l'échéance 2011 d'intégration systématique des médicaments dans les forfaits soins dans les EHPAD, pour les motifs surabondamment démontrés supra, sachant que les pouvoirs publics peuvent « régler » la dynamique de création ou non de PUI par la seule voie tarifaire. Avec un tarif soins avec PUI suffisamment attractif pour maintenir les PUI existantes, voire y faire adhérer d'autres établissements.

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

**AMENDEMENT N°**

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurtre

Article additionnel après l'article ~~42~~ 42

L'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles est modifié de la façon suivante :

« Les expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge sont prolongées jusqu'au 1er janvier 2013, dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membre d'un groupement de coopération sanitaire. Ces expérimentations sont réalisées sur le fondement d'une estimation quantitative et qualitative de l'activité de ces établissements et services réalisée. Au titre de ces expérimentations, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la Sécurité sociale.

« Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de ces expérimentations avant le 1er octobre 2012. Ce rapport porte également sur la lutte contre la iatrogénie.

« En fonction du bilan des expérimentations présenté par le Gouvernement, dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du présent code, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 pourront comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la Sécurité sociale. Elles pourront comprendre également l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code ou, pour les établissements et services qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne partagent pas la pharmacie à usage intérieur d'un groupement de coopération sanitaire, de certains d'entre eux dont la liste est fixée par arrêté.

« Un arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et dispensées aux assurés hébergés dans les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code, qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'Assurance maladie en sus des prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2. Ces spécialités pharmaceutiques sont prises en charge dans les conditions de droit commun prévues par la section 4 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la Sécurité sociale. Les dépenses relatives à ces spécialités pharmaceutiques relèvent de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1 du présent code. »

II. Le premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique est complété par trois phrases ainsi rédigées :

« La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code, de la liste des médicaments à utiliser

préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique. »

III. A la fin de la première phrase du V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les mots « dont les missions sont définies par décret » sont remplacés par trois phrases ainsi rédigées : « Le médecin coordonnateur contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classe pharmacothérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent mentionné au premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique. Ses autres missions sont définies par décret ».

#### Exposé des motifs :

L'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), évaluée par une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), a permis de mettre en lumière qu'il serait extrêmement difficile en l'état actuel de réintroduire de manière généralisée les médicaments dans les forfaits soins des Ehpad.

En effet, il n'est pas possible à ce jour de dimensionner le complément de dotation soins qui serait nécessaire pour les Ehpad : la fixation d'un forfait serait trop complexe, non seulement parce qu'un même résident peut avoir des traitements aux coûts très variables au cours d'une même année, mais aussi parce que l'expérimentation menée dans les établissements a fait apparaître des variabilités de coûts très fortes d'un résident à un autre. Etablir une dotation soins sur les dépenses de médicaments de l'année précédente pénaliserait les établissements vertueux qui ont déjà travaillé pour faire des économies sur ce poste de dépenses.

L'idéal serait d'établir la dotation complémentaire pour les médicaments en fonction des besoins des résidents, mais il n'existe pas d'outil permettant de le faire de manière simple.

En outre, l'expérimentation montre qu'il est difficile de bâtir une liste des médicaments onéreux qui seraient pris en charge en sus des médicaments dans la dotation.

L'expérimentation montre également que la réintégration des médicaments est lourde sur le plan administratif et peut créer des problèmes de trésorerie pour les établissements en attente de remboursement. En sus, alors qu'il apparaît que les mutuelles prennent en charge une partie importante du financement des médicaments dans les Ehpad à l'heure actuelle, une réintroduction des médicaments dans les dotations soins entraînerait un transfert de charges des mutuelles vers l'assurance maladie trop important.

L'Igas craint par ailleurs que les établissements soient conduits à refuser des admissions ou à augmenter le recours à l'hospitalisation dès lors que la dépense en médicaments d'un résident serait trop élevée. L'Igas craint enfin que la réintégration des médicaments ne pousse les établissements à se regrouper et à s'approvisionner auprès de PUL, mettant en danger la survie de certaines officines notamment en zones rurales, ce qui risquerait de renforcer les difficultés de recrutement médical et paramédical sur les territoires concernés.

Il est donc proposé de prolonger l'expérimentation pendant deux ans. Ces deux années permettront aux médecins, aux établissements et aux pharmaciens de travailler sur le volet qualité de la prescription. Au vu d'un rapport en octobre 2012, il sera alors temps de considérer la question de la réintroduction ou non des médicaments dans les forfaits soins des Ehpad.

Ces deux années permettront aux établissements, comme le propose l'Igas, de travailler avec leur pharmacien référent, le médecin coordonnateur et les médecins prescripteurs à une meilleure qualité de la prescription en gériatrie et une amélioration du circuit du médicament.

PROJET DE LOI

DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR

2011

Amendement présenté par Jean-Marie Rolland

Article additionnel après l'Article

 42

L'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles est modifié de la façon suivante :

« Les expérimentations relatives aux dépenses de médicaments et à leur prise en charge sont prolongées jusqu'au 1er janvier 2013, dans les établissements et services mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne sont pas membre d'un groupement de coopération sanitaire. Ces expérimentations sont réalisées sur le fondement d'une estimation quantitative et qualitative de l'activité de ces établissements et services réalisée. Au titre de ces expérimentations, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la Sécurité sociale.

« Le Gouvernement remet au Parlement un rapport d'évaluation de ces expérimentations avant le 1er octobre 2012. Ce rapport porte également sur la lutte contre la iatrogénie.

« En fonction du bilan des expérimentations présenté par le Gouvernement, dans les établissements et services mentionnés au I de l'article L. 313-12 du présent code, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 pourront comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments inscrits sur la liste des spécialités pharmaceutiques remboursables aux assurés sociaux prévue au premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la Sécurité sociale. Elles pourront comprendre également l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des dispositifs médicaux, produits et prestations mentionnés à l'article L. 165-1 du même code ou, pour les établissements et services qui ne disposent pas de pharmacie à usage intérieur ou qui ne partagent pas la pharmacie à usage intérieur d'un groupement de coopération sanitaire, de certains d'entre eux dont la liste est fixée par arrêté.

« Un arrêté des ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale fixe la liste des spécialités pharmaceutiques, bénéficiant d'une autorisation de mise sur le marché et dispensées aux assurés hébergés dans les établissements mentionnés au 6° du I de l'article L. 312-1 du présent code, qui peuvent être prises en charge par les régimes obligatoires d'Assurance maladie en sus des prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2. Ces spécialités pharmaceutiques sont prises en charge dans les conditions de droit commun prévues par la section 4 du chapitre II du

titre VI du livre Ier du code de la Sécurité sociale. Les dépenses relatives à ces spécialités pharmaceutiques relèvent de l'objectif mentionné à l'article L. 314-3-1 du présent code.»

Le premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique est complété par trois phrases ainsi rédigées :

« La ou les conventions désignent un pharmacien d'officine référent pour l'établissement. Ce pharmacien concourt à la bonne gestion et au bon usage des médicaments destinés aux résidents. Il collabore également, avec les médecins traitants, à l'élaboration, par le médecin coordonnateur mentionné au V de l'article L. 313-12 du même code, de la liste des médicaments à utiliser préférentiellement dans chaque classe pharmaco-thérapeutique. »

A la fin de la première phrase du V de l'article L. 313-12 du code de l'action sociale et des familles, les mots « dont les missions sont définies par décret » sont remplacés par trois phrases ainsi rédigées : « Le médecin coordonnateur contribue, auprès des professionnels de santé exerçant dans l'établissement, à la bonne adaptation aux impératifs gériatriques des prescriptions de médicaments et des produits et prestations inscrits sur la liste mentionnée à l'article L. 165-1 du code de la Sécurité sociale. A cette fin, il élabore une liste, par classe pharmaco-thérapeutique, des médicaments à utiliser préférentiellement, en collaboration avec les médecins traitants des résidents et avec le pharmacien chargé de la gérance de la pharmacie à usage intérieur ou le pharmacien d'officine référent mentionné au premier alinéa de l'article L. 5126-6-1 du code de la santé publique. Ses autres missions sont définies par décret ».

### **Exposé des motifs**

L'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), évaluée par une mission de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas), a permis de mettre en lumière qu'il serait extrêmement difficile en l'état actuel de réintroduire de manière généralisée les médicaments dans les forfaits soins des Ehpad.

En effet, il n'est pas possible à ce jour de dimensionner le complément de dotation soins qui serait nécessaire pour les Ehpad : la fixation d'un forfait serait trop complexe, non seulement parce qu'un même résident peut avoir des traitements aux coûts très variables au cours d'une même année, mais aussi parce que l'expérimentation menée dans les établissements a fait apparaître des variabilités de coûts très fortes d'un résident à un autre. Etablir une dotation soins sur les dépenses de médicaments de l'année précédente pénaliserait les établissements vertueux qui ont déjà travaillé pour faire des économies sur ce poste de dépenses.

L'idéal serait d'établir la dotation complémentaire pour les médicaments en fonction des besoins des résidents, mais il n'existe pas d'outil permettant de le faire de manière simple.

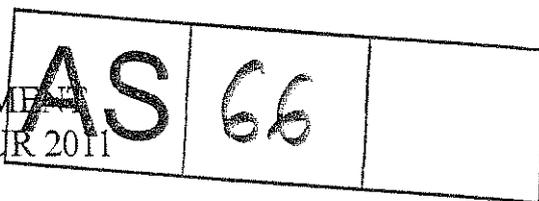
En outre, l'expérimentation montre qu'il est difficile de bâtir une liste des médicaments onéreux qui seraient pris en charge en sus des médicaments dans la dotation.

L'expérimentation montre également que la réintégration des médicaments est lourde sur le plan administratif et peut créer des problèmes de trésorerie pour les établissements en attente de remboursement. En sus, alors qu'il apparaît que les mutuelles prennent en charge une partie importante du financement des médicaments dans les Ehpad à l'heure actuelle, une réintroduction des médicaments dans les dotations soins entraînerait un transfert de charges des mutuelles vers l'assurance maladie trop important.

L'Igas craint par ailleurs que les établissements soient conduits à refuser des admissions ou à augmenter le recours à l'hospitalisation dès lors que la dépense en médicaments d'un résident serait trop élevée.

# ASSEMBLEE NATIONALE

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

### ARTICLE ADDITIONNEL

42

Après l'article ●, insérer l'article suivant :

I. « A la première phrase du 8<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles, remplacer « et pour une période n'excédant pas deux ans » par « jusqu'au 31 décembre 2012 ».

« A la première phrase du 9<sup>ème</sup> alinéa, remplacer « 1<sup>er</sup> octobre 2010 » par « 1<sup>er</sup> octobre 2012 »

« Au 10<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles, remplacer « 1<sup>er</sup> janvier 2011 » par « 1<sup>er</sup> janvier 2013 ». et compléter la deuxième phrase par les mots « et sur les modifications de périmètre de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie mentionnées au 7° du III de l'article LO 111-4 du code de la sécurité sociale pouvant résulter de l'intégration des dépenses de médicaments au sein des prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 ».

II. « À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, le septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est supprimé.

III- La perte de recettes pour l'Etat est compensée à due concurrence par la création d'une taxe additionnelle aux droits visés aux article 575 et 575 A du Code Général des Impôts.

### EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article L.314-8 du CASF modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD au 1<sup>er</sup> janvier 2011 à l'issue d'une expérimentation d'au maximum deux ans. Il prévoit également qu'une liste de médicaments particulièrement coûteux sera financée directement par l'assurance maladie, en dehors du forfait susvisé.

Outre les insuffisances liées au retard très important dans le lancement de l'expérimentation, le rapport de l'IGAS sur l'expérimentation, présenté le 15 septembre dernier au comité national de suivi de l'expérimentation, pointe de nombreuses difficultés au rang desquelles l'absence d'une évaluation globale du coût de cette mesure pour l'assurance maladie, la très grande difficulté de définir un dispositif équitable d'allocation de ressources aux établissements ainsi que l'absence de nombreux pré-requis à la généralisation de cette mesure.

Le principal risque relevé par ce rapport réside dans une sur-hospitalisation des personnes âgées présentant des profils pathologiques lourds, que ce soit par une sélection à l'entrée en EHPAD ou qu'il s'agisse d'une augmentation des hospitalisations, si d'aventures les pré-requis nécessaires à une généralisation n'étaient pas remplis.

Un report de la date de réintroduction des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD est donc

inélucltable.

Afin de lever toutes les incertitudes qui pèsent sur cette réforme et de mener au mieux la phase préparatoire de sa généralisation, il importe également de prolonger cette expérimentation, pour permettre d'une part aux établissements y ayant œuvré de ne pas remettre en cause l'organisation et les partenariats mis en place à cette occasion et d'autre part afin d'explorer l'ensemble des difficultés apparues et d'y remédier par anticipation. Enfin, une telle poursuite de l'expérimentation permettrait également aux services de l'Etat et à l'Assurance maladie de consolider les modalités d'une telle généralisation.

Il est également proposé qu'un second rapport soit remis au parlement au 1er octobre 2012 afin d'éclairer les parlementaires sur le déroulement de l'expérimentation et les éventuelles adaptations législatives et réglementaires qui apparaîtraient nécessaires.

**Afin de garantir une telle réintroduction dans les meilleures conditions, tant pour les différents acteurs que pour les personnes âgées hébergées dans les EHPAD, il est donc proposé de reporter la date de réintroduction des médicaments au 1er janvier 2013 et de garantir la poursuite de ce processus expérimental, afin de mettre à profit ces deux années pour affiner le dispositif et apporter toutes les garanties nécessaires à sa bonne mise en œuvre.**

Précisons à toutes fins utiles que les dépenses de médicaments induites par cette expérimentation ne constituent pas une charge nouvelle pour l'assurance maladie, puisqu'elle les assume déjà sur l'enveloppe dite « soins de ville », mais un simple transfert de fonds de ladite enveloppe vers celle relative au secteur médico-social.

Projet de loi

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011 - (n° 2854)

Amendement n°  
présenté par Guy MALHERBE

## ARTICLE ADDITIONNEL

APRES L'ARTICLE 42

I. « A la première phrase du 8<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles, remplacer « et pour une période n'excédant pas deux ans » par « pour une période n'excédant pas quatre ans ».

« A la première phrase du 9<sup>ème</sup> alinéa, remplacer « 1<sup>er</sup> octobre 2010 » par « 1<sup>er</sup> octobre 2012 »

« Au 10<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles, remplacer « 1<sup>er</sup> janvier 2011 » par « 1<sup>er</sup> janvier 2013 ».

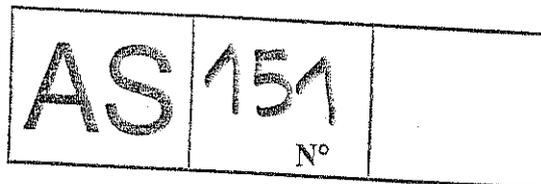
## EXPOSE SOMMAIRE

La loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a prévu la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD au 1er janvier 2011 à l'issue d'une expérimentation d'au maximum deux ans.

Le rapport de l'IGAS sur l'expérimentation, présenté le 15 septembre dernier au comité national de suivi de l'expérimentation, a relevé des problèmes de mise en oeuvre et notamment une sur-hospitalisation des personnes âgées avec de lourdes pathologies.

Un report, voir même une prolongation, de la date de réintroduction des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD est donc souhaitable, afin de valider les modalités définitives.

La prise en charge des dépenses étant déjà faite par l'enveloppe « soins de ville », la prolongation de l'expérimentation n'entraîne pas de coût supplémentaire à l'assurance maladie.



ART.

## ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

### AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

#### Article additionnel

Après l'article ~~42~~, insérer l'article suivant

42

I. « A la première phrase du 8<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles, remplacer « et pour une période n'excédant pas deux ans » par « jusqu'au 31 décembre 2012 ».

« A la première phrase du 9<sup>ème</sup> alinéa, remplacer « 1<sup>er</sup> octobre 2010 » par « 1<sup>er</sup> octobre 2012 »

« Au 10<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles, remplacer « 1<sup>er</sup> janvier 2011 » par « 1<sup>er</sup> janvier 2013 ».

II. « À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, le septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est supprimé.

### EXPOSE SOMMAIRE

L'article L.314-8 du CASF modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD au 1<sup>er</sup> janvier 2011 à l'issue d'une expérimentation d'au maximum deux ans. Il prévoit également qu'une liste de médicaments particulièrement coûteux sera financée directement par l'assurance maladie, en dehors du forfait susvisé.

Outre les insuffisances liées au retard très important dans le lancement de l'expérimentation, le rapport de l'IGAS sur l'expérimentation, présenté le 15 septembre dernier au comité national de suivi de l'expérimentation, pointe de nombreuses difficultés au rang desquelles l'absence d'une évaluation globale du coût de cette mesure pour l'assurance maladie, la très grande difficulté de définir un dispositif équitable d'allocation de ressources aux établissements ainsi que l'absence de nombreux pré-requis à la généralisation de cette mesure.

Le principal risque relevé par ce rapport réside dans une sur-hospitalisation des personnes âgées présentant des profils pathologiques lourds, que ce soit par une sélection à l'entrée en EHPAD ou qu'il s'agisse d'une augmentation des hospitalisations, si d'aventures les pré-requis nécessaires à une généralisation n'étaient pas remplis.

Un report de la date de réintroduction des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD est donc inéluctable.

Afin de lever toutes les incertitudes qui pèsent sur cette réforme et de mener au mieux la phase préparatoire de sa généralisation, il importe également de prolonger cette expérimentation, pour permettre d'une part aux établissements y ayant œuvré de ne pas remettre en cause l'organisation et les partenariats mis en place à cette occasion et d'autre part afin d'explorer l'ensemble des difficultés apparues et d'y remédier par anticipation. Enfin, une telle poursuite de l'expérimentation permettrait également aux services de l'Etat et à l'Assurance maladie de consolider les modalités d'une telle généralisation.

Il est également proposé qu'un second rapport soit remis au parlement au 1er octobre 2012 afin d'éclairer les parlementaires sur le déroulement de l'expérimentation et les éventuelles adaptations législatives et réglementaires qui apparaîtraient nécessaires.

Afin de garantir une telle réintroduction dans les meilleures conditions, tant pour les différents acteurs que pour les personnes âgées hébergées dans les EHPAD, il est donc proposé de reporter la date de réintroduction des médicaments au 1er janvier 2013 et de garantir la poursuite de ce processus expérimental, afin de mettre à profit ces deux années pour affiner le dispositif et apporter toutes les garanties nécessaires à sa bonne mise en œuvre.

Précisons à toutes fins utiles que les dépenses de médicaments induites par cette expérimentation ne constituent pas une charge nouvelle pour l'assurance maladie, puisqu'elle les assume déjà sur l'enveloppe dite « soins de ville », mais un simple transfert de fonds de ladite enveloppe vers celle relative au secteur médico-social.

**PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

**Amendement**

Présenté par : Danielle Hoffman-Rispal, Marisol Touraine, Martine Carrillon-Couvreur, Laurence Dumont, Martine Pinville, Jean Mallot, Gisèle Biemouret, Michel Issindou, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Marie-Françoise Clergeau, Michel Liebgott, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

**Article additionnel**

42

Après l'article ■, insérer cet article :

- I. A la première phrase du 8<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles, remplacer les mots : « et pour une période n'excédant pas deux ans » par les mots suivants : « jusqu'au 31 décembre 2012 ».
- II. A la première phrase du 9<sup>ème</sup> alinéa, remplacer l'année : « 2010 », par l'année : « 2012 ».
- III. Au 10<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles, remplacer l'année : « 2011 », par l'année : « 2013 ».
- IV. À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, le septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est supprimé.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Alors qu'un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (Igas) portant sur l'expérimentation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), a démontré qu'il était difficile d'envisager de réintroduire rapidement et de manière généralisée les médicaments dans les forfaits soins des Ehpad, aucun report de cette mesure difficile à piloter n'est prévue dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011.

Cet amendement prévoit donc de poursuivre les expérimentations en cours avant d'envisager une généralisation de la réintégration des médicaments dans le forfait soins des Ehpad.

ASSEMBLÉE NATIONALE

AS	310	
----	-----	--

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010  
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

-----

*Article additionnel après l'article 42*

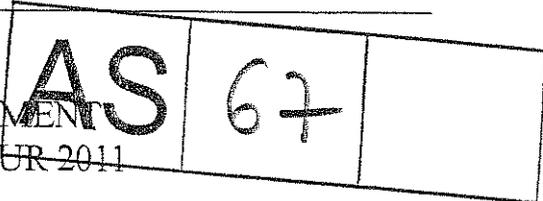
- I. Dans la 1ère phrase de l'alinéa 8 de l'article L. 314-8 du code de l'action social et des familles, substituer au mot « deux » le mot « quatre ».
- II. En conséquence, dans la 1ère phrase de l'alinéa 9 du même article, substituer aux mots « 1er octobre 2010 » les mots « 1er octobre 2012 ».

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à prolonger de deux ans la durée de l'expérimentation, prévue par la loi « Hôpitaux, patients, santé et territoires », visant à réintroduire les médicaments dans le forfait soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes.

# ASSEMBLEE NATIONALE

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



### AMENDEMENT

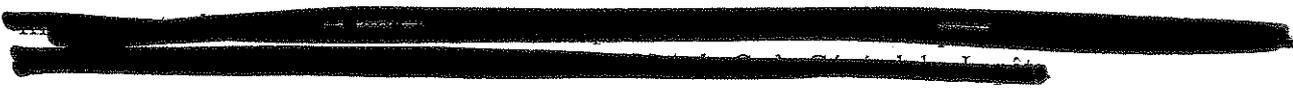
Présenté par Dominique TIAN

### ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article <sup>62</sup> ~~61~~, insérer l'article suivant :

I. « Au 10<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles, remplacer «1<sup>er</sup> janvier 2011 » par « 1<sup>er</sup> janvier 2013 ».

II. « À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, le septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est supprimé.



### EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article L.314-8 du CASF modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD au 1<sup>er</sup> janvier 2011 à l'issue d'une expérimentation d'au maximum deux ans. Il prévoit également qu'une liste de médicaments particulièrement coûteux sera financée directement par l'assurance maladie, en dehors du forfait susvisé.

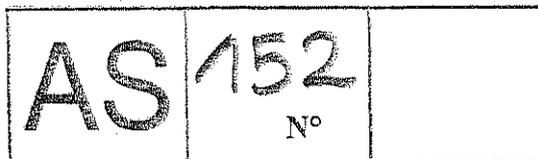
Outre les insuffisances liées au retard très important dans le lancement de l'expérimentation, le rapport de l'IGAS sur l'expérimentation, présenté le 15 septembre dernier au comité national de suivi de l'expérimentation, pointe de nombreuses difficultés au rang desquelles l'absence d'une évaluation globale du coût de cette mesure pour l'assurance maladie, la très grande difficulté de définir un dispositif équitable d'allocation de ressources aux établissements ainsi que l'absence de nombreux pré-requis à la généralisation de cette mesure.

Le principal risque relevé par ce rapport réside dans une sur-hospitalisation des personnes âgées présentant des profils pathologiques lourds, que ce soit par une sélection à l'entrée en EHPAD ou qu'il s'agisse d'une augmentation des hospitalisations, si d'aventures les pré-requis nécessaires à une généralisation n'étaient pas remplis.

Un report de la date de réintroduction des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD est donc inéluctable.

Afin de garantir une telle réintroduction dans les meilleures conditions, tant pour les différents acteurs que pour les personnes âgées hébergées dans les EHPAD, il est donc proposé de reporter la date de cette mesure au 1<sup>er</sup> janvier 2013, afin de mettre à profit ces deux années pour affiner le dispositif et apporter toutes les garanties nécessaires à sa bonne mise en œuvre.

ART.



## ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

### AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

#### Article additionnel

Après l'article ~~42~~, insérer l'article suivant

42

I. « Au 10<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.314-8 du code de l'action sociale et des familles, remplacer «1<sup>er</sup> janvier 2011 » par « 1<sup>er</sup> janvier 2013 ».

II. « À compter du 1<sup>er</sup> janvier 2013, le septième alinéa de l'article L. 314-8 du code de l'action sociale et des familles est supprimé.

#### EXPOSE SOMMAIRE

L'article L.314-8 du CASF modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD au 1<sup>er</sup> janvier 2011 à l'issue d'une expérimentation d'au maximum deux ans. Il prévoit également qu'une liste de médicaments particulièrement coûteux sera financée directement par l'assurance maladie, en dehors du forfait susvisé.

Outre les insuffisances liées au retard très important dans le lancement de l'expérimentation, le rapport de l'IGAS sur l'expérimentation, présenté le 15 septembre dernier au comité national de suivi de l'expérimentation, pointe de nombreuses difficultés au rang desquelles l'absence d'une évaluation globale du coût de cette mesure pour l'assurance maladie, la très grande difficulté de définir un dispositif équitable d'allocation de ressources aux établissements ainsi que l'absence de nombreux pré-requis à la généralisation de cette mesure.

Le principal risque relevé par ce rapport réside dans une sur-hospitalisation des personnes âgées présentant des profils pathologiques lourds, que ce soit par une sélection à l'entrée en EHPAD ou qu'il s'agisse d'une augmentation des hospitalisations, si d'aventures les pré-requis nécessaires à une généralisation n'étaient pas remplis.

Un report de la date de réintroduction des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD est donc inéluctable.

Afin de garantir une telle réintroduction dans les meilleures conditions, tant pour les différents acteurs que pour les personnes âgées hébergées dans les EHPAD, il est donc proposé de reporter la date de cette mesure au 1<sup>er</sup> janvier 2013, afin de mettre à profit ces deux années pour affiner le dispositif et apporter toutes les garanties nécessaires à sa bonne mise en œuvre.

# ASSEMBLEE NATIONALE

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

AS

68

### ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 42, insérer l'article suivant :

I. Compléter le 8<sup>e</sup> paragraphe de l'article L. 314-8 par une phrase libellée ainsi rédigée :  
« Pendant la durée de l'expérimentation et lorsque, pour un établissement, les prestations de soins mentionnées au 1<sup>o</sup> de l'article L. 314-2 peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments, le forfait global prévu au 1<sup>o</sup> de l'article L. 314-2 versé à l'établissement comprend le financement intégral des dépenses exposées au titre de ces prestations, sans que puisse lui être opposé le barème et les règles de calcul fixés, d'une part, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées, en application du II de l'article L. 314-3 et, d'autre part, par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris en application du troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale ».

Insérer un 9<sup>ème</sup> alinéa à l'article L. 314-8 ainsi rédigé :  
« L'expérimentation continuera d'être financée par un transfert de crédits de l'assurance maladie vers l'ONDAM médico-social ».

### EXPOSÉ SOMMAIRE

L'article L.314-8 du CASF modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD au 1er janvier 2011 à l'issue d'une expérimentation d'au maximum deux ans.

280 établissements de tous statuts participent à cette expérimentation. Comme toute expérimentation, celle-ci recèle intrinsèquement des incertitudes, notamment quand à l'évolution des dépenses de médicaments de l'établissement concerné, au regard de l'évolution de la population accueillie et des pathologies prises en charge.

Ce type de dépenses est actuellement couvert par l'Assurance maladie au titre des « soins de ville » ou, en d'autres termes, ces traitements sont pris en charge directement par l'Assurance maladie. Or les forfaits soins des établissements, tels qu'ils existent actuellement, ne permettent pas une valorisation complète d'une telle prestation puisqu'ils ne différencient que les établissements sans pharmacie à usage intérieur (et donc sans médicaments à leur charge) de ceux disposant d'une telle pharmacie. Les établissements participant à l'expérimentation ne relèvent d'aucune de ces situations puisque, selon les termes du 8<sup>ème</sup> alinéa de l'article L.314-8, il s'agit d'établissements ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur ou n'étant pas membres d'un groupement de coopération sanitaire.

Le présent amendement vise donc à sécuriser le dispositif d'accompagnement financier des établissements expérimentateurs en indiquant explicitement que le budget spécifiquement alloué à chacun d'entre eux dans ce cadre doit couvrir l'ensemble de ces dépenses de médicaments. Il permettra ainsi d'une part de ne pas pénaliser un établissement participant à cette expérimentation, et d'autre part de garantir une approche parfaitement objective de cette expérimentation, l'établissement n'ayant pas alors à se préoccuper d'un éventuel déficit sur ce poste, une telle crainte pouvant, à défaut d'une telle sécurisation, entraîner une sélection des personnes accueillies, fondée sur leur pathologie, ce qui serait susceptible de fausser les résultats de cette expérimentation.

Précisons enfin que cela ne se traduit par aucun surcoût global pour l'assurance maladie puisqu'il ne s'agit que de transférer un montant de dépenses déjà assuré au titre des « soins de ville » vers l'ONDAM médico-social.

Projet de loi

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011 - (n° 2854)

Amendement n°  
présenté par Guy MALHERBEARTICLE ADDITIONNEL  
APRES L'ARTICLE

42

I. Compléter le 8e paragraphe de l'article L. 314-8 par une phrase libellée ainsi rédigée :  
« Pendant la durée de l'expérimentation et lorsque, pour un établissement, les prestations de soins mentionnées au 1° de l'article L. 314-2 peuvent comprendre l'achat, la fourniture, la prise en charge et l'utilisation des médicaments, le forfait global prévu au 1° de l'article L. 314-2 versé à l'établissement comprend le financement intégral des dépenses exposées au titre de ces prestations, sans que puisse lui être opposé le barème et les règles de calcul fixés, d'une part, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et des personnes âgées, en application du II de l'article L. 314-3 et, d'autre part, par un arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale, pris en application du troisième alinéa de l'article L. 174-6 du code de la sécurité sociale ».

Insérer un 9ème alinéa à l'article L. 314-8 ainsi rédigé :  
« L'expérimentation continuera d'être financée par un transfert de crédits de l'assurance maladie vers l'ONDAM médico-social ».

II. La perte de recettes pour l'État est compensée à due concurrence par la majoration des droits visés aux articles 575 et 575 A du code général des impôts.

## EXPOSE SOMMAIRE

cet amendement vise les conséquences financières du report de l'expérimentation du forfait soins dans les EHPAD.

En effet, l'article L.314-8 du CASF modifié par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 prévoit la généralisation de la réintégration des médicaments dans les forfaits soins des EHPAD au 1er janvier 2011 à l'issue d'une expérimentation d'au maximum deux ans.

280 établissements de tous statuts participent à cette expérimentation. Comme toute expérimentation, celle-ci recèle intrinsèquement des incertitudes, notamment quand à l'évolution des dépenses de médicaments de l'établissement concerné, au regard de l'évolution de la population accueillie et des pathologies prises en charge. Ce type de dépenses est actuellement couvert par l'Assurance maladie au titre des « soins de ville » ou, en d'autres termes, ces traitements sont pris en charge directement par l'Assurance maladie. Or les forfaits soins des établissements, tels qu'ils existent actuellement, ne permettent pas une valorisation complète d'une telle prestation puisqu'ils ne différencient que les établissements sans pharmacie à usage intérieur (et donc sans médicaments à leur charge) de ceux disposant d'une telle pharmacie. Les établissements participant à l'expérimentation ne relèvent d'aucune de ces situations puisque, selon les termes du 8ème alinéa de l'article L.314-8, il s'agit d'établissements ne disposant pas de pharmacie à usage intérieur ou n'étant pas membres d'un groupement de coopération sanitaire.

Le présent amendement vise donc à sécuriser le dispositif d'accompagnement financier des établissements expérimentateurs en indiquant explicitement que le budget spécifiquement alloué à chacun d'entre eux dans ce cadre doit couvrir l'ensemble de ces dépenses de médicaments. Il permettra ainsi d'une part de ne pas pénaliser un établissement participant à cette expérimentation, et d'autre part de garantir une approche parfaitement objective de cette expérimentation, l'établissement n'ayant pas alors à se préoccuper d'un éventuel déficit sur ce poste, une telle crainte pouvant, à défaut d'une telle sécurisation, entraîner une sélection des personnes accueillies, fondée sur leur pathologie, ce qui serait susceptible de fausser les résultats de cette expérimentation. Précisons enfin que cela ne se traduit par aucun surcoût global pour l'assurance maladie puisqu'il ne s'agit que de transférer un montant de dépenses déjà assuré au titre des « soins de ville » vers l'ONDAM médico-social.

Projet de loi

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2011 - (n° 2854)

Amendement n°  
présenté par Guy MALHERBE

ARTICLE ADDITIONNEL  
APRES L'ARTICLE ■

42

A l'article 54-III de la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009, la date : « 1er janvier 2011 » est remplacée par la date : « 1er janvier 2013 ».

**EXPOSE SOMMAIRE**

Cet amendement vise les conséquences du report de l'expérimentation du forfait soins dans les EHPAD.

En effet, l'article 54 de la loi n°2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la sécurité sociale pour 2010 a eu pour objet d'autoriser les groupements de coopération sociale et médico-sociale (GCSMS) à gérer une PUI pour le compte de plusieurs EHPAD.

Le même article a prévu l'entrée en vigueur de ses dispositions à compter du 1er janvier 2011.

Dans le contexte d'une logique de coopération et de développement d'une stratégie de coordination territoriale entre EHPAD, notamment pour l'approvisionnement en médicaments, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 a par ailleurs prévu la réintégration des médicaments dans le forfait de soins des EHPAD à compter également du 1er janvier 2011, sous réserve d'expérimentations et d'un rapport d'évaluation qui devait être remis au Parlement avant le 1er octobre 2010.

Ces mesures (la réintégration des médicaments dans les dotations de soins des EHPAD et corrélativement l'exercice des activités de PUI par les GCSMS) sont liées et participent d'une même logique.

Or, il ressort des premières conclusions du rapport d'évaluation sur les expérimentations la difficulté de concrétiser dans le délai prévu, c'est-à-dire pour le 1er janvier 2011, la généralisation de la réintégration des médicaments dans le forfait de soins des EHPAD et par suite l'opportunité de créer un groupe de travail complémentaire. D'où la nécessité de reporter l'application à deux ans de la généralisation du forfait médicaments qui apparaît aujourd'hui prématurée.

Corrélativement, rien ne justifie à ce jour d'autoriser pour des raisons économiques les GCSMS à gérer une PUI pour le compte de plusieurs EHPAD avant la finalisation de l'évaluation sur les expérimentations.

C'est pourquoi nous proposons de différer ces mesures et d'en reporter l'application au 1er janvier 2013.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE  
POUR 2011 (N°2854)

Amendement présenté par Mme Bérengère Poletti  
rapporteuse pour le médico-social

AS	442	
----	-----	--

Article additionnel après l'article 46

L'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

Les 4ème et 5ème alinéas sont remplacés par quatre alinéas ainsi rédigés :

« L'évaluation de la perte d'autonomie des résidents de chaque établissement [réalisée à l'aide de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2] est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin appartenant à une équipe médico-sociale du département et à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« L'évaluation des besoins en soins requis des résidents de chaque établissement [réalisée à l'aide du référentiel mentionné au III de l'article 46 de la loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 de financement de la sécurité sociale pour 2006] est transmise, pour contrôle et validation, à un médecin de l'agence régionale de santé territorialement compétente désigné par le directeur général de l'agence régionale de santé.

« Une commission régionale de coordination médicale dont la composition, les missions et les modalités d'organisation et de fonctionnement sont définies par un décret en Conseil d'Etat, détermine le classement définitif, en cas de désaccord entre les deux médecins mentionnés au quatrième alinéa du présent article et en cas de désaccord entre le médecin coordonnateur de l'établissement et le ou les médecins chargés du contrôle et de la validation du niveau de perte d'autonomie des résidents ou de leurs besoins en soins requis.

« Lorsqu'un établissement hébergeant des personnes âgées dépendantes conteste la répartition des résidents qu'il accueille selon les niveaux de perte d'autonomie ou des besoins en soins requis arrêtés dans les conditions mentionnées ci-dessus, il peut introduire un recours devant le tribunal interrégional de la tarification sanitaire et sociale mentionné à l'article L. 351-1. »

EXPOSE DES MOTIFS

L'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles prévoit que les montants des éléments de tarification afférents aux soins des personnes accueillies dans les établissements hébergeant des personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont modulés selon l'état de la personne accueillie au moyen de la grille nationale mentionnée à l'article L. 232-2 et du référentiel définissant les caractéristiques de personnels relevant de soins de longue durée mentionné à l'article 46 III de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2006.

A partir de ce référentiel sont réalisées des analyses transversales sous le contrôle médical des organismes d'assurance maladie présents au niveau régional.

La loi n° 2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit en ses articles 118 et 129 le transfert de compétences médico-sociales en direction des agences régionales de santé et du contrôle médical de l'assurance maladie pour l'accomplissement de leurs missions définies aux articles L. 1431-1 et 1431-2 du code la santé publique.

Or, en l'absence de modification corrélative de l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles la compétence en matière de validation des analyses transversales demeure juridiquement confiée, en application de la rédaction actuelle de cet article, aux médecins-conseils des organismes de l'assurance maladie.

Il apparaît donc nécessaire de proposer de modifier l'article L. 314-9 du code de l'action sociale et des familles pour le mettre en cohérence avec les dispositions de la loi du 21 juillet 2009.

# ASSEMBLEE NATIONALE

AS	95	
----	----	--

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

#### ARTICLE 45

Supprimer le III de cet article

#### EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement vise à supprimer la dotation 2011 du Fonds de modernisation sociale des établissements de santé publique et privé (FMESPP), qui depuis 2006 est intégré à l'ONDAM.

Les dépenses de ce fond financés par les régimes obligatoires d'assurance maladie, ne constituent pas des dépenses d'investissement et donc des leviers d'efficience pour notre système de soins.

Il se concentre très majoritairement sur des opérations de reconversion et ses dotations sont consommées à un rythme relativement « faible ». De sorte qu'à la fin 2011, la créance cumulée du FMESPP sera de 495 millions !!! selon les prévisions de tirage établies par l'ACOSS.

Dans ces conditions, il n'est pas responsable d'attribuer une dotation en 2011 à ce fonds, dont à titre de comparaison, le montant équivaut au rendement de la taxation des médicaments orphelins.

réalités privées du fonctionnement des établissements privés non lucratifs et des relations et responsabilités contractuelles privées qui sont les leurs avec leurs personnels, invoque cette rédaction réglementaire pour refuser l'accès aux aides du FMESPP, dès lors que l'établissement s'inscrit dans un paiement direct de ces sommes avec ses salariés. Or la responsabilité d'employeur privé et les caractéristiques contractuelles des relations avec les personnels impose aux employeurs privés que les sommes versés aux agents dans le cadre d'un plan social et de départs volontaires, s'inscrivent dans le cadre de paiements par l'employeur.

La déclinaison et l'interprétation réglementaires par le Ministère de la Santé de la disposition législative, **alors que le Parlement avait clairement visé un traitement équitable des établissements de santé publics et privés**, se traduit donc par une éviction injuste des établissements privés non lucratifs qui engagent des opérations de restructuration financièrement lourdes.

Cette déclinaison et cette interprétation réglementaires sont contraires à l'intention du législateur. Pour surmonter cette difficulté, le présent amendement propose simplement de préciser la rédaction législative pour en permettre la mise en application directe aux établissements de santé privés non lucratifs, conformément aux obligations du droit privé qu'ils connaissent.

# ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT  
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AS

97

## AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

### ARTICLE 45

Après le III de cet article, ajouter un III bis ainsi rédigé :

I- « A l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001, modifié par l'article 25 de la loi n° 2010-751 du 5 juillet 2010 :

Le 3° du II est complété par une seconde phrase rédigée comme suit : « Les aides individuelles ainsi versées par les établissements mentionnés aux b et c de l'article L. 162-22-6 du code de la sécurité sociale leur sont remboursées directement par le fonds, dans le cadre d'une convention établie entre l'établissement et le fonds et approuvée par le directeur général de l'agence régionale de santé pour adapter les modalités d'intervention du fonds aux spécificités du droit privé applicable à ces établissements et aux obligations qui en découlent dans leurs relations contractuelles avec leurs personnels. » ;

Le premier alinéa du III est modifié comme suit : après les mots « au moyen de subventions ou d'avances remboursables », sont ajoutés les mots « avec les adaptations nécessaires liées au droit privé applicable aux établissements de santé privés bénéficiaires et à leurs relations contractuelles avec leurs personnels » ;

Après la première phrase du premier alinéa du IV, il est inséré une seconde phrase : « Dans ce cadre, une convention est établie entre le fonds et les établissements de santé privés mentionnés au b et au c de l'article L 162-22-6 du code de la sécurité sociale, pour adapter les modalités d'intervention du fonds aux spécificités du droit privé applicable à ces établissements et aux obligations qui en découlent dans leurs relations contractuelles avec leurs personnels. Cette convention est approuvée par le ou les directeurs d'agence régionale de santé compétents ».

## EXPOSÉ SOMMAIRE

L'objet du présent amendement est de lever les obstacles juridiques qui pénalisent aujourd'hui les établissements de santé privés non lucratifs, dans leur accès aux aides aux restructurations qui peuvent être apportées par le FMESPP.

A l'heure actuelle, le texte de référence concernant le Fonds est l'article 40 modifié de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 de financement de la sécurité sociale pour 2001. S'agissant des « aides individuelles » la rédaction législative ne pose aucune difficulté, si ce n'est d'avoir explicitement prévu que la mise en application doit prendre en considération les adaptations nécessaires pour des établissements et des relations contractuelles régis par le droit privé.

Faute de cette obligation de rang législatif, se sont fait jour ensuite des difficultés juridiques au niveau réglementaire, puisque le décret de 2001, modifié en 2008, prévoit que le Fonds « verse aux agents concernés » les indemnités de départ volontaire (IDV).

Le Ministère de la Santé qui connaît beaucoup mieux les statuts de la fonction publique hospitalière que les

# ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT  
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AS	98	
----	----	--

## AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

## ARTICLE ADDITIONNEL

*après  
l'article 45*

Après l'article ~~45~~, insérer l'article suivant :

le III quater de l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 du financement de la sécurité sociale pour 2001 est supprimé.

## EXPOSÉ SOMMAIRE

Cette disposition permet au FMESPP, Fonds de modernisation sociale des établissements de santé publique et privé, de « prendre en charge les frais de fonctionnement d'une mission d'expertise et d'audit hospitaliers placée auprès des ministres de la santé et de la sécurité sociale. Cette mission procède ou fait procéder à des audits de la gestion et de l'organisation de l'ensemble des activités des établissements de santé et de diffuser auprès de ces établissements des recommandation de gestion hospitalière ».

Cette mission, la MEAH, a été intégrée à l'ANAP (agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux) instituée par l'article 18 de la loi HPST.

Il est donc incongru que l'ANAP, qui reçoit elle-même des dotations de régimes obligatoires d'assurance maladie puisse être également financée par le FMESPP à travers la MEAH.

# ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT  
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AS	99	
----	----	--

## AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

### ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 45, insérer l'article suivant :

Dans l'article 40 de la loi n° 2000-1257 du 23 décembre 2000 du financement de la sécurité sociale pour 2001, insérer un paragraphe IV ainsi rédigé :

« Bénéficiaire de ce Fonds les dépenses d'investissement des professionnels de santé libéraux

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Dans la mesure où le FMESPP est un fonds notoirement sur-doté (il avait fait l'objet d'une régulation à la suite du déclenchement de l'alerte sur les dépenses d'assurance maladie en 2007...) et où sa créance cumulée fin 2011 sera de 495 millions d'euros sur l'assurance maladie obligatoire, il est légitime d'étendre son champ d'intervention à la médecine de ville.

PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

Amendement

Présenté par : Catherine Génisson, Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

ARTICLE ADDITIONNEL

avant 47

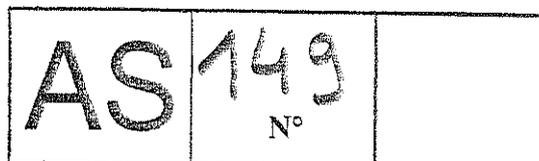
~~avant~~ l'article ~~47~~, insérer l'article suivant :

« à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, une expérimentation sur 3 ans sera conduite par les agences régionales de santé afin d'organiser une péréquation interrégionale de l'objectif national de dépenses de l'assurance maladie hospitalier, dont la répartition reposera sur des indicateurs permettant de tenir compte des besoins de santé publique suivant les différentes régions. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à mener une expérimentation sous l'égide des ARS afin de mieux répartir l'enveloppe de l'ONDAM entre les régions, sur la base d'indicateurs de morbidité, de mortalité, de démographie en tenant compte de leurs spécificités dans le dispositif de prévention, d'offre de soins, d'enseignement et de recherche. Il ne s'agit pas de remettre en cause la tarification à l'activité, mais de corriger ses effets pervers. Ce mécanisme permettra d'introduire des critères dont on ne tient pas suffisamment compte, provoquant ainsi des disparités dans l'offre sanitaire des différents territoires. Il s'agit de réduire les inégalités de santé en passant par une péréquation des dotations régionalisées et en concentrant l'effort sur les régions les plus défavorisées.

ART.



## ASSEMBLÉE NATIONALE

---

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

### AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

#### Article 47

Supprimer cet article

#### Exposé des motifs :

Les sous-objectifs de l'ONDAM sont d'initiative gouvernementale, en vertu du 2° et 3° du D, I de l'article LO.111-3 du Code de la Sécurité Sociale issu de la loi organique n°2005-881 du 2 août 2005. Ceux-ci constituent des agrégats globaux qui ne fournissent aucune indication précise sur ce qu'ils servent à financer.

Il convient de supprimer les sous-objectifs de l'ONDAM, afin de pouvoir créer des enveloppes régionales qui prendront en compte des critères de mortalité, morbidité, âge et richesse des différentes régions.

La création des ARS permet de revenir sur l'un des défauts majeurs de notre système de santé, la séparation absurde de la prévention et du soin, de la médecine de ville et des établissements, du sanitaire et du médico-social.

Un responsable unique de la santé au niveau régional constitue un progrès. Il est illogique de maintenir des sous-objectifs pour l'ambulatorio, l'hospitalisation, le médico-social.

Il convient de voter une enveloppe régionale confiée à chaque ARS lui permettant de réaliser les arbitrages en fonction des besoins de santé de la région.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT  
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur,  
rapporteur pour l'équilibre général et les recettes

478



Article 47

Modifier ainsi les montants et la répartition des sous-objectifs :

(En milliards d'euros)

	Objectif de dépenses
Dépenses de soins de ville	77,3
Dépenses relatives aux établissements de santé tarifés à l'activité	45,9
Dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et des aides à la contractualisation	8,0
Autres dépenses relatives aux établissements de santé	19,0
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes âgées	7,6
Contribution de l'assurance maladie aux dépenses en établissements et services pour personnes handicapées	8,2
Autres prises en charge	1,1
Total	167,1

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement propose d'identifier clairement le financement des MIGAC dans le vote de l'ONDAM. Cette mesure est indispensable à un meilleur contrôle du Parlement sur cette dotation.

D'ailleurs, la proposition formulée par le rapport Briet, et validée par le président de la République, tendant à mettre une partie de cette dotation en réserve et d'en conditionner le versement au respect de l'ONADM justifie pleinement cette mesure de transparence.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE  
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

Article 47



Modifier ainsi le tableau de cet article :

1° Dans la troisième ligne, substituer au chiffre : « 53,9 » le chiffre : « 45,9 » ;

2° Après la troisième ligne, insérer la ligne suivante :

« Dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation visée à l'article L. 162-13 du code de la sécurité sociale..... 8,0 ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à éclairer le Parlement sur la dotation nationale de financement des missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), crédits limitatifs qui atteignent cette année 8 milliards d'euros, d'autant que ces dotations pourraient créer un distorsion de concurrence entre l'hôpital public et l'hôpital privé.

Le rapport de M. Raoul Briet indique d'ailleurs la nécessité de mieux gérer ces dotations forfaitaires qui ne sont pas liées à l'activité.

**PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

**Amendement**

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

**Article 47**

I. – Dans la deuxième ligne de la deuxième colonne du tableau de l'alinéa 2, substituer au nombre :

« 77,3 »,

le nombre :

« 76,3 ».

II. – En conséquence, dans la dernière ligne de la deuxième colonne du même tableau, substituer au nombre :

« 167,1 »,

le nombre :

« 166,1 ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à diminuer l'Ondam pour les soins de ville d'un milliard, le montant dégagé abondera le fonds d'intervention de la qualité et la coordination des soins (FIQCS).

En effet, il convient de donner au FIQCS les moyens de remplir pleinement ses missions qui visent financer des mesures qui permettraient d'améliorer l'organisation et la qualité des soins de premier recours mais aussi les actions de prévention, d'amélioration de l'accès aux soins, de développer l'expérimentation de nouveaux modes de rémunérations, les maisons médicales de garde et les modes d'exercice collectifs et pluridisciplinaires tels que les maisons de santé mais aussi les centres de santé.

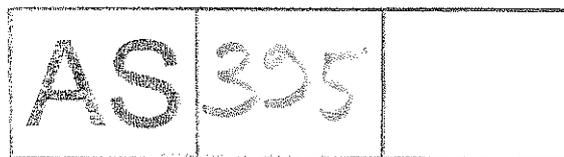
Par ailleurs l'étude d'impact jointe au présent projet précise que sur cette dotation, 10 millions seront attribués aux ARS pour la mise en place des volets ambulatoires des schémas régionaux d'organisation des soins (SROS), de financer les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens (CPOM) ambulatoires ainsi que les contrats d'amélioration de la qualité et de la coordination des soins (CAQCS).

Le sous financement de ce fonds risque de compromettre ces projets de réorganisations.

# PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

Article 47



Dans les troisième à avant-dernière lignes du tableau de cet article, substituer respectivement aux chiffres : « 53,9 », « 19,0 », « 7,6 », « 8,2 » et « 1,1 » les chiffres : « 54,112 », « 19,128 », « 7,64 », « 8,22 » et « 0,7 ».

## EXPOSÉ SOMMAIRE

L'opportunité d'une meilleure reconnaissance des professionnels infirmiers, associée à la dimension universitaire de l'évolution de leur formation initiale, n'est pas discutée, dans un contexte où l'évolution des attentes des assurés sociaux, des pratiques professionnelles et des coopérations entre eux, des nouvelles technologies (télémédecine) font consensus quant au besoin.

Ceci étant, les modalités selon lesquelles cette réforme est conduite présente de nombreux risques qui peuvent s'avérer bien supérieurs aux inconvénients identifiés jusqu'ici, pour les établissements de santé de tous statuts comme pour les personnels infirmiers qui y exercent, et par voie indirecte et dans un second temps, tous les professionnels paramédicaux apparentés qui vont revendiquer un alignement.

Cinq points peuvent être mis en avant pour synthétiser l'inquiétude des trois fédérations sur ce dossier :

– la prise en compte d'une revalorisation financière applicable pour les professionnels en poste, avant même que la maquette de formation ne soit modifiée, élargit très considérablement l'ampleur du financement à dégager : l'ordre de grandeur du coût de la réforme pour la seule filière infirmière est environ de 2 milliards d'euros sur cinq ans, dont une « tranche LMD 2011 » de 400 millions d'euros. L'exercice d'un droit d'option pour le seul secteur public peut atténuer l'évaluation, mais il est bien délicat d'en présumer le niveau d'abattement ;

– bien évidemment et dans une contrainte macro-économique lourde qui pèse sur la définition de l'ONDAM 2011 et 2012, il est patent que le taux d'évolution global de 2,9 % et sa ventilation en six sous-objectifs ne correspondent pas à l'évolution mécanique des charges des établissements sanitaires et médico-sociaux, réforme LMD non comprise ;

– il s'avère, pour ce qui concerne la réforme LMD pour la seule filière infirmière, que les réunions techniques de chiffrage avec le ministère ont permis de constater des écarts importants entre les calculs convergents des trois fédérations, d'une part, et celui du ministère d'autre part : l'expérience passée montre que la solidarité de calcul des trois fédérations est fiable ;

– les établissements sanitaires et médico-sociaux publics et privés, confrontés à la mise en place des nouvelles conditions statutaires pour les infirmiers dans le secteur public, et à la nécessité d'ajustements corrélatifs dans les établissements privés non lucratifs et de statut commercial, vont fatalement être contraints :

– de chercher à parer une aggravation sévère des comptes voire des déficits déjà lourds d'établissements de santé du fait du coût non financé de cette réforme, par des mesures de compression de la masse salariale (non remplacements de départs en retraite ou de mutations, départs volontaires encouragés, non-remplacements de séquences d'arrêts de travail) ;

– d'augmenter alors, *nolens volens*, la pénibilité des emplois infirmiers.

Tandis que l'avancée de cette réforme LMD pour les seuls infirmiers va inévitablement générer des impatiences et des aigreurs pour tous les collègues paramédicaux formés dans le même cadre pré-LMD, mais non encore concernés par une revalorisation, élément de déstabilisation des établissements et de désorganisation.

Telle est la motivation du présent amendement : éclairer sur les enjeux et les risques de la réforme LMD telle qu'elle se présente pour l'ensemble des établissements sanitaires et médico-sociaux.

Pour gager le coût non intégré de la tranche 2011 de la réforme LMD, l'enveloppe des dépenses « Autres prises en charge » est diminuée de 400 millions d'euros.

La répartition de la « tranche 2011 » de 400 millions d'euros est réalisée dans l'amendement comme suit :

– 212 millions d'euros pour la part financée à l'activité (ODMCO), soit 53 % du surcoût de la réforme LMD ;

– 128 millions d'euros pour l'ODAM, soit 32,5 % du surcoût de la réforme LMD, dont 87 millions d'euros pour la psychiatrie (68 % de l'impact sur l'ODAM) et 28 millions d'euros pour les soins de suite et de réadaptation (22 % de l'impact sur l'ODAM) et 12 millions d'euros pour les soins de longue durée redéfinis (10 % de l'impact sur l'ODAM) ;

– 40 millions d'euros pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes âgées (9 % du surcoût de la réforme LMD) ;

– 20 millions d'euros pour les établissements et services médico-sociaux pour personnes handicapées (5 % du surcoût de la réforme LMD).

# ASSEMBLEE NATIONALE

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN  
ARTICLE ADDITIONNEL

AS	45	
----	----	--

Après

47

l'article 25, insérer l'article suivant :

« Avant le 1<sup>er</sup> janvier 2013, le Gouvernement, sur la base des travaux du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, élabore un rapport faisant apparaître :

- l'évolution tendancielle des dépenses de l'assurance maladie obligatoire et des besoins de santé de la population à l'horizon 2020,
- l'évolution prévisionnelle des ressources des régimes d'assurance maladie obligatoire,
- des scénarii de réformes structurelles permettant un retour à l'équilibre des comptes des régimes d'assurance maladie obligatoire d'ici 2017, et d'assurer ainsi la sauvegarde de notre système d'assurance solidaire en santé.

Ce rapport est rendu public et transmis au Parlement ».

### EXPOSÉ SOMMAIRE

L'art 25 du présent projet de loi évalue le déficit prévisionnel 2011 de l'assurance maladie obligatoire.

Le présent amendement vise à instituer un **« rendez-vous Assurance Maladie 2013 »**, à l'instar des « rendez-vous Retraite » (article 5 de la loi n°2003-775 du 21 août 2003 et article 1 du présent projet de loi).

Selon les données de la Commission des comptes de la sécurité sociale de juin 2010, le **déficit prévisionnel de la branche maladie du régime général est supérieur de presque 4 milliards d'€ à celui de la branche vieillesse** (- 13,1 milliards d'€ pour la maladie contre - 9,3 milliards d'€ pour la vieillesse en 2010). Pour 2011, selon le rapport « Charges et produits 2011 » transmis au Parlement par l'UNCAM, le déficit pourrait même s'élever à 13,3 milliards d'€ (soit environ 15 milliards d'€ si les prévisions de croissance du PIB sont inférieures à 2,5 %).

**La coexistence des déficits maladie et vieillesse est une donnée majeure du débat sur les retraites** car l'accumulation de déficits sociaux qui en résulte est devenue explosive, dans le contexte actuel de fébrilité des marchés financiers à l'égard des dettes des Etats.

Dans la mesure où la réforme proposée par le présent projet de loi, très soucieuse de « faisabilité sociale », ne pourra assurer un retour à l'équilibre de régimes de retraite qu'à l'horizon 2018, il est indispensable que les responsables publics se soucient simultanément de la pérennité de l'ensemble des branches de la sécurité sociale.

Une absence d'anticipation en ce domaine pourrait exposer notre pays à adopter une réforme dans l'urgence.

C'est la raison pour laquelle, cet amendement propose que le législateur, en même temps qu'il assure la pérennité de notre régime de retraite, fixe le cadre d'un indispensable « rendez-vous Assurance Maladie ».

Ce rendez vous, fixé dans la foulée de la prochaine élection présidentielle, doit viser l'équilibre des comptes de la branche maladie à l'horizon 2017 (soit 10 ans de plus que ce que la réforme du 13 août 2004 avait prévue) et permettre à tous les acteurs de réfléchir ensemble et sereinement aux voies possibles d'évolution du système actuel.

L'ensemble des réformes structurelles, d'ores et déjà exposées dans de multiples rapports (réforme du dispositif des ALD, bouclier sanitaire, redéfinition du champ assurance maladie obligatoire / complémentaire, redéfinition du panier de soins remboursable, réforme du financement de la protection sociale) devra être examiné, pour nourrir un débat de société.

La date du rendez vous en 2013 permettra de ne pas faire perdre davantage de temps à notre pays, à l'heure où l'Allemagne et la Grande Bretagne ont d'ores et déjà engagé des réformes importantes en matière de santé.

AS	163	
	N°	

ART.

## ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

### AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel <sup>avant</sup> ~~l'article~~ ~~48~~ 48

Supprimer l'article L. 43 du Code des pensions civiles et militaires

#### Exposé des motifs :

Il n'est pas équitable que la pension de réversion d'une veuve de militaires soit divisée en fonction du nombre de « lits » différents de son époux décédé.

Cet article stipule en effet qu'en cas de pluralité d'ayants-cause de lits différents, la pension est divisée en parts égales entre les lits.

Cet amendement a pour but de corriger cette iniquité qui pénalise lourdement la veuve.

AS	474	
----	-----	--

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT  
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

Amendement présenté par M.

*Doov,  
rapporteur*

*avant*

*Article additionnel*

l'article 48, insérer un article ainsi rédigé :

Il est institué un comité national de pilotage de l'assurance vieillesse des médecins exerçant à titre libéral. Ce comité comprend des représentants de l'Etat, de l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, de la section professionnelle mentionnée à l'article L. 641-5 compétente pour les médecins et des organisations syndicales représentatives des médecins généralistes et des médecins spécialistes pour tout le territoire. Chaque année, au plus tard le 15 septembre, il remet au Parlement et au Gouvernement un rapport sur l'équilibre financier des régimes d'assurance vieillesse des médecins exerçant à titre libéral.

Un décret fixe les conditions d'application du présent article.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Les difficultés rencontrées dans la gestion du régime des allocations supplémentaires de vieillesse (ASV) des médecins libéraux appellent une réflexion d'ensemble sur l'assurance vieillesse des praticiens.

Pour favoriser une telle réflexion, et améliorer le contrôle parlementaire sur l'assurance vieillesse des médecins, il est proposé d'instituer un comité de pilotage rassemblant tous les acteurs concernés.

ART.



## ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

### AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

#### Article additionnel

~~l'article 48~~ l'article 48, insérer l'article suivant  
avant 48

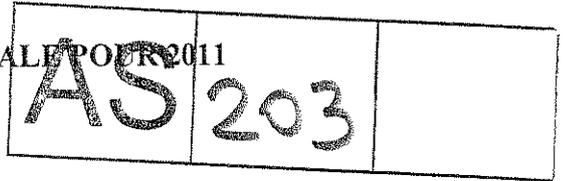
*« Dans les 6 mois après la publication de la présente loi, est créé un comité de pilotage national chargé de piloter les trois régimes de retraite des médecins libéraux. Ce comité est composé des représentants de l'Etat, des Caisses d'assurance maladie, des syndicats médicaux représentatifs et de la Caisse autonome de retraite des médecins de France (CARMF). »*

#### Exposé des motifs

Actuellement, le système de retraite des médecins est géré distinctement par la CNAVPL pour le régime de base (19% de la retraite totale), par la CARMF pour le régime complémentaire (42%) et les partenaires conventionnels pour l'ASV (39%).

Une coordination est indispensable entre ces trois régimes pour assurer aux médecins une retraite pérenne et satisfaisante. Un pilotage global des trois régimes est indispensable pour garantir plus de cohérence.

PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



**Amendement**

Présenté par : Marisol Touraine, Michel Issindou, Jean Mallot, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

avant  
Article additionnel [redacted] l'article [redacted] 48

Insérer l'article suivant ainsi rédigé :

« Le gouvernement remet au Parlement avant le 31 mars 2011, un rapport sur les conditions de validation des périodes d'études en contrepartie du versement d'une cotisation volontaire supplémentaire à la cotisation d'assurance vieillesse pour les personnes affiliées au régime général de sécurité sociale. »

**Exposé des motifs**

Cet amendement prévoit que le gouvernement remet au Parlement avant le 31 mars 2011, un rapport sur les conditions de validation des périodes d'études en contrepartie du versement d'une cotisation volontaire supplémentaire à la cotisation d'assurance vieillesse pour les personnes affiliées au régime général de sécurité sociale.

Il s'agirait non pas de racheter ces années (comme cela est prévu par la loi Fillon mais à un coût tel que le dispositif ne fonctionne pas) mais d'offrir la possibilité, à ceux qui le souhaitent, de majorer leur cotisation retraite au cours des 10 ou 15 premières années de la vie active pour valider jusqu'à 3 années d'études.

PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

**Amendement**

Présenté par : Marisol Touraine, Michel Issindou, Jean Mallot, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

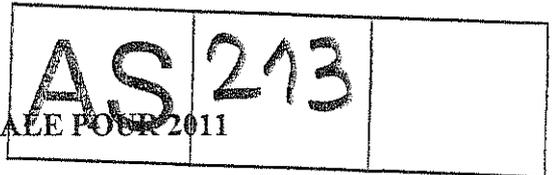
*avant*

Article additionnel ~~à~~ l'article ~~47~~ 48

« Un rapport du Gouvernement sera déposé au Parlement avant le 30 juin 2011, sur les conditions d'introduction dans l'assiette des cotisations sociales de la gratification dont font l'objet les stages en entreprise visés à l'article 9 de la loi n° 2006-396 du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances, et sur les conditions de prise en compte de ces périodes de stage comme périodes assimilées pour la détermination du droit à pension ou rente lorsqu'elles ont donné lieu au versement d'un minimum de cotisations conformément à l'article L. 351-2. »

**EXPOSE des MOTIFS**

Cet amendement prévoit un rapport du Gouvernement sur l'introduction de la gratification versée à compter du troisième mois de stage en entreprise prévue par l'article 9 de la loi du 31 mars 2006 pour l'égalité des chances et sur la prise en compte de ces périodes de stage comme périodes assimilées pour la détermination du droit à pension conformément au principe fixé par l'article L. 351-2 du code de la sécurité sociale, qui prévoit que « les périodes d'assurance ne peuvent être retenues, pour la détermination du droit à pension ou rente que si elles ont donné lieu au versement d'un minimum de cotisations ».



### Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Michel Issindou, Jean Mallot, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

avant 48

Article additionnel ~~à~~ l'article 48

« Un rapport du Gouvernement sera déposé au Parlement avant le 30 juin 2011, sur les conditions de prise en compte pour les jeunes demandeurs d'emploi en fin de droit de l'assurance chômage, des périodes de versement du revenu de solidarité « jeunes », comme périodes assimilées à des périodes d'assurance pour la détermination du droit à pension ou rente. »

### EXPOSE des MOTIFS

Cet amendement prévoit un rapport du gouvernement sur les conditions de prise en compte pour les jeunes demandeurs d'emploi en fin de droit de l'assurance chômage, des périodes de versement du revenu de solidarité active « jeunes », comme périodes assimilées pour la détermination du droit à pension. Le RSA « jeunes » qui doit entrer en vigueur au 1<sup>er</sup> septembre 2010, est destiné aux jeunes de moins de 25 ans ayant travaillé au moins à ¼ temps durant deux ans au cours des trois dernières années.

### Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Marie-Françoise Clergeau, Michel Issindou, Jean Mallot, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

#### Article additionnel avant l'article 48

Insérer l'article suivant :

« Le gouvernement évaluera les conditions de suppression de la condition d'âge prévue pour la majoration de la pension de reversion créée par l'article 74 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la sécurité sociale pour 2009. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 31 mars 2011 . »

#### Exposé des motifs

Le document d'orientation du gouvernement du 28 avril 2008 prévoyait que « conformément aux engagements du Président de la république, le taux de reversion pour le régime général et les régimes alignés sera augmenté en trois étapes : 56% au 1<sup>er</sup> janvier 2009, 58% au 1<sup>er</sup> janvier 2010 et 60% au 1<sup>er</sup> janvier 2011 ». Ces engagements n'ont pas été tenus car d'une part, il n'y a pas eu d'augmentation générale du taux des pensions de reversion au 1<sup>er</sup> janvier 2009 et d'autre part, la création d'une majoration à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2010 n'a concerné que les conjoints survivants de plus de 65 ans dont les ressources totales n'excèdent pas 800 euros.

Cet amendement propose que le gouvernement évalue les conditions de suppression de la condition d'âge prévue pour la majoration de la pension de reversion. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 31 mars 2011.

### Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Marie-Françoise Clergeau, Danielle Hoffman-Rispal, Michel Issindou, Jean Mallot, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Martine Pinville, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

#### Article additionnel avant l'article 48

Le gouvernement évaluera les conditions de l'ouverture des droits à pension de reversion aux personnes liées par un pacte civil de solidarité. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 31 mars 2011.

#### Exposé des motifs

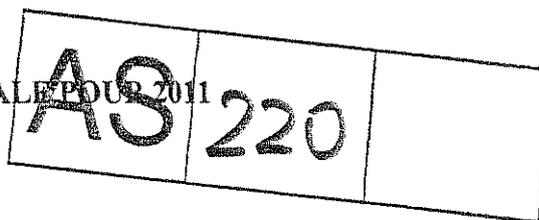
Le pacte civil de solidarité reconnaît et organise la solidarité au sein du couple, par un certain nombre de droits et de devoirs. La loi du 23 juin 2006 portant réforme des successions et libéralités dispose qu'au 1<sup>er</sup> janvier 2007, les partenaires liés par un pacs auront un devoir « d'aide matérielle et une assistance réciproques », ce qui diffère peu du devoir de secours et d'assistance qui lie deux personnes mariées.

Pourtant au moment du décès d'un des partenaires, ces obligations ne peuvent être parfaitement assurées, en raison de certaines limites de la loi. La solidarité qui fonde la relation entre deux personnes pacsées ne donne en effet pas lieu à l'ouverture du droit à la pension de reversion pour le partenaire survivant.

Cette différence de traitement entre les couples mariés et les couples pacsés face au drame du décès est difficilement justifiable, dès lors qu'ils sont tenus à un même devoir de solidarité. Maintenir une telle différence constituerait de fait une discrimination puisqu'aujourd'hui le mariage n'est pas ouvert aux couples de même sexe, qui ne peuvent donc maintenir, au-delà du décès de l'un d'entre eux, le lien de solidarité qui fonde leur engagement dans un pacte civil de solidarité.

Cet amendement propose que le gouvernement évalue l'ouverture des droits à pension de reversion aux personnes liées par un pacte civil de solidarité. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 30 mars 2011.

PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



**Amendement**

Présenté par : Marisol Touraine, Michel Issindou, Jean Mallot, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Marie-Françoise Clergeau, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

**Article additionnel avant l'article 48**

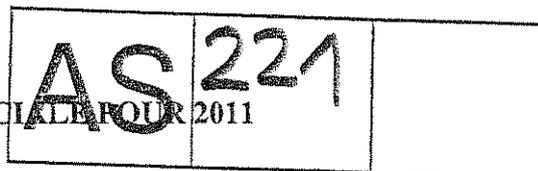
Insérer l'article suivant :

« Le gouvernement évaluera les conditions d'extension de la revalorisation du minimum vieillesse aux conjoints, aux concubins et aux partenaires liés par un pacte civil de solidarité. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 31 mars 2011. »

**Exposé des motifs**

La revalorisation du minimum vieillesse prévue par l'article 73 de la loi n° 2008-1330 de financement de la sécurité sociale pour 2009 est réservée aux personnes seules allocataires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA). Sont exclus les allocataires de l'ASPA bénéficiant d'un montant couple mentionnés à l'article L 815-4 du code de la sécurité sociale (personnes mariés, pacsés ou en concubinage).

Cet amendement propose que le gouvernement évalue les conditions d'extension de la revalorisation du minimum vieillesse aux conjoints, concubins et aux partenaires liés par un pacte civil de solidarité. Ses conclusions feront l'objet d'un rapport déposé devant le Parlement avant le 31 mars 2011.



### Amendement

Présenté par : Marisol Touraine, Michel Issindou, Jean Mallot, Michèle Delaunay, Christophe Sirugue, Jean-Marie Le Guen, Marie-Françoise Clergeau, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

#### Article additionnel avant l'article 48

Insérer un article additionnel avant le Chapitre 1<sup>er</sup> du Titre V ainsi rédigé :

« Un rapport du Gouvernement sera déposé au Parlement avant le 30 juin 2011, sur les conditions de prise en compte pour les demandeurs d'emploi en fin de droit de l'assurance chômage, des périodes de versement de l'aide exceptionnelle ou du revenu de solidarité active, comme périodes assimilées pour la détermination du droit à pension ou rente. »

#### EXPOSE des MOTIFS

Cet amendement prévoit un rapport du gouvernement sur les conditions de prise en compte pour les demandeurs d'emploi en fin de droit de l'assurance chômage, des périodes de versement de l'aide exceptionnelle ou du revenu de solidarité active, comme périodes assimilées pour la détermination du droit à pension.

Contrairement aux demandeurs d'emploi de longue durée bénéficiaires de l'allocation de solidarité spécifique, les demandeurs d'emploi en fin de droit de l'assurance chômage qui bénéficient de « l'aide exceptionnelle » prévue dans le cadre du « Plan rebond », ou du revenu de solidarité active, n'acquièrent pas de trimestre validé d'assurance vieillesse pour la retraite de base.

PROJET DE LOI



DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR

2011

Amendement présenté par M. Guy Lefrand, [REDACTED]

Article 49

*À l'alinéa 4,*

Remplacer « la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante » par « la date de consolidation de la maladie liée à l'exposition à l'amiante ».

**Exposé des motifs**

En raison d'évolutions législatives et jurisprudentielles, il est apparu que la consolidation était le seul critère de point de départ de la prescription en matière de dommages à la personne de sorte que la discrimination concernant les plaques pleurales, les épaissements pleuraux et l'asbestose, pour lesquels le délai de prescription court à compter de la date du certificat médical, ne pouvait être maintenue.

La loi Hyst n°2008-561 du 17 juin 2008 a ainsi décidé qu'en matière d'évènements ayant entraîné un dommage corporel la prescription de dix ans court « à compter de la date de la consolidation du dommage initial ou aggravé ».

Le 18 janvier 2010 la Cour de cassation, consacrant le principe susvisé de la « loi Hyst », a émis l'avis que : « les demandes d'indemnisation adressées au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA) par des victimes d'une exposition à l'amiante sont soumises à la prescription quadriennale prévue par l'article 1er de la loi n°68-1250 du 31 décembre 1968. Ce délai de prescription ne peut commencer à courir tant que la consolidation du dommage n'a pas été constatée. »

Toutefois, lorsque cette consolidation a été constatée avant la date d'entrée en vigueur du décret n°2001-963 du 23 octobre 2001, le point de départ du délai ne peut être fixé avant cette date.

Des arrêts rendus le 3 juin 2010 par la deuxième chambre civile de la Cour de cassation ont été dans le même sens en décidant, en particulier, que le cours de la prescription ne peut commencer à courir tant que la consolidation du dommage n'a pas été constatée. Il en ressort clairement que ni le certificat médical constatant les plaques pleurales, ni la reconnaissance du caractère professionnel de la maladie, ni la notification du taux de l'incapacité ne peuvent constituer le point de départ de la prescription.

Il apparaît ainsi que la fixation, comme l'envisage ce PLFSS, d'un point de départ de la prescription fondé sur un événement aussi aléatoire et incertain que la date du premier certificat médical établissant le lien entre la maladie et l'exposition à l'amiante, au prétexte d'une meilleure égalité entre les victimes, est contestable. Seul le critère de la consolidation réalise cette égalité de façon objective.

Il y va aussi, et c'est d'une grande importance, de la nécessaire unité, intelligibilité et simplification du droit. Le vice-président du Conseil d'Etat dénonçait récemment « la complexité croissante du droit et, plus encore, le volume et l'instabilité de la norme : celle-ci n'est ni claire, ni stable, ce qui je préjudicie à sa bonne application... » Revenir sur la « loi Hyst », en ce qu'elle a posé le principe unificateur de la consolidation pour déterminer le point de départ de la prescription extinctive pour toutes les atteintes à la personne, serait une regrettable régression.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE  
POUR 2011

Amendement présenté par M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour  
l'assurance maladie et les accidents du travail

---

*Article 49*

*à l'alinéa II*

I. Au dernier alinéa du II, substituer aux mots :

« à l'alinéa précédent »

les mots :

« au deuxième alinéa du présent II ».

II. Au dernier alinéa du II, substituer aux mots :

« la présente loi »

les mots :

« ce même II ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Amendement de précision rédactionnelle

PROJET DE LOI  
DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR

AS	188	
----	-----	--

2011

Amendement présenté par M. Guy Lefrand, [REDACTED]

Article additionnel  
Après l'article ■ 49

Après le huitième alinéa de l'article 41 de la loi n°98-1194 du 23 décembre 1998 de financement de la Sécurité sociale pour 1999, insérer l'alinéa suivant :

« A compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011, le bénéfice de l'allocation anticipée d'activité est ouvert aux salariés ou anciens salariés qui remplissent les conditions suivantes :

1° Avoir travaillé dans un secteur d'activité figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargé de travail, de la sécurité sociale et du budget ;

2° Avoir exercé un métier figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail, de la sécurité sociale et du budget ;

3° Avoir atteint un âge déterminé, qui pourra varier en fonction de la durée du travail effectué dans le secteur d'activité, sans pouvoir être inférieur à cinquante ans. »

**Exposé des motifs**

Le fonds de cessation anticipée des travailleurs de l'amiante permet d'accorder une période de retraite plus longue à certains salariés dont l'espérance de vie est potentiellement réduite par leur exposition à l'amiante.

Les bénéficiaires du dispositif sont :

- les salariés ou anciens salariés d'établissement figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargé du travail, de la sécurité sociale et du budget ;
- les salariés ou anciens salariés, du régime général ou du régime « accidents du travail-maladies professionnelles » des salariés agricoles, reconnus atteints d'une maladie professionnelle provoquée par l'amiante figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale.

Le système de liste d'établissements montre cependant aujourd'hui ses limites. Il conduit à ce que des salariés pourtant manifestement exposés à l'amiante dans leur vie professionnelle ne bénéficient pas du FCAATA, alors que d'autres, qui n'ont pas été au contact de fibres d'amiante, mais appartenant à la liste des établissements concernés, bénéficient d'une allocation de cessation anticipée d'activité.

Par ailleurs, le programme national de surveillance du mésothéliome, mis en place en 1998 par l'Institut national de veille sanitaire, permet d'avoir une meilleure connaissance des métiers à risque. En effet, cette pathologie est provoquée quasi exclusivement par une exposition à l'amiante.

C'est pourquoi, il semble opportun de remplacer le système de liste d'établissement par un système combinant une liste de secteurs d'activité et une liste de métiers à risque.

Des travaux sont actuellement menés par la direction du Travail par l'Agence française de sécurité sanitaire de l'environnement et du travail sur ce sujet.

**PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

**Amendement**

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

**ARTICLE ADDITIONNEL**

**APRES L'ARTICLE 51, insérer l'article suivant :**

A l'article L. 176-1 du Code de la Sécurité sociale, dans la première phrase du 2<sup>e</sup> alinéa, remplacer le chiffre « trois » par le chiffre « deux ».

**EXPOSE DES MOTIFS**

L'article 51 du présent texte fixe, en application de l'article L. 176-1 du code de la sécurité sociale, le montant du versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) à la branche maladie, au titre de la sous-déclaration des AT-MP.

Cet amendement vise à modifier l'article L. 176-2 du même code, qui porte sur la commission chargée d'évaluer le montant annuel résultant de cette sous-déclaration.

Au vu de l'ampleur du montant de la sous déclaration, il convient de fixer à deux ans et non pas à trois la réunion de cette commission qui était présidée en 2008 par M. Diricq. Son rapport évaluait ce coût entre 565 millions et 1,015 milliard d'euros.

Le versement à l'assurance maladie fixé en 2009, 2010 et pour 2011 à 710 millions d'euros apparaît donc insuffisant.

Cette sous déclaration est due aux employeurs, aux victimes qui ne déclarent pas leur accident de peur de perdre leur emploi, aux médecins qui ne font pas le lien entre la maladie et les conditions de travail, et enfin au caractère forfaitaire de la réparation des accidents du travail.

Afin de lutter contre ce phénomène et pour aller dans le sens d'une réelle amélioration de la santé au travail, dont le gouvernement parle beaucoup sans réellement changer la réalité, il conviendrait de mettre en place un outil permettant de retracer les conditions de travail et les différentes expositions professionnelles.

Il faudrait également entamer une réflexion sur la mise place d'une réparation intégrale des victimes du travail à l'instar des autres victimes (celles de la route par exemple) d'autant plus que l'an dernier le gouvernement a fait voté la fiscalisation des indemnités journalières pour les AT-MP.

AS	397	
----	-----	--

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau,  
rapporteure ~~pour la commission des affaires sociales~~ pour  
la branche famille, rapporteur pour la famille, Mme Martine  
Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et  
divers gauche**

---

*Article 54*

Supprimer cet article.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

L'article 54 vise à mettre fin à la possibilité de versement rétroactif de l'aide au logement sur trois mois à compter de la demande.

Cette mesure va toucher de plein fouet les ménages les plus modestes, et plus particulièrement les familles monoparentales, qui représentent près de la moitié des bénéficiaires. Pour mémoire en effet, une famille de deux enfants dont les deux parents travaillent perçoit l'allocation de base de la PAJE jusqu'à 4 480 euros de revenu mensuel net alors qu'il cesse de percevoir l'aide au logement aux environs de 2 000 euros. Nous touchons donc les revenus les plus bas.

Une personne isolée avec un enfant, qui gagne l'équivalent de un SMIC pourrait perdre jusqu'à 828 euros. Une famille de trois enfants, dont les parents touchent deux fois le SMIC perdrait 381 euros en tout d'aide au logement. En ces temps de crise, ces sommes ne sont pas négligeables.

Ce n'est pas aux familles les plus modestes de payer le déficit de crise de la branche. C'est pourquoi il est proposé de supprimer cet article.

**PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

**Amendement**

Présenté par : Marisol Touraine, Marie-Françoise Clergeau, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

**Article 54**

Supprimer cet article.

**Exposé des motifs**

Cet amendement vise à supprimer cet article qui met fin à la rétroactivité sur 3 mois pour les allocations logement.

L'APL ne pourra plus être accordée pour les 3 mois qui ont précédé la demande, mais uniquement à partir du jour du dépôt de dossier.

Cela va mettre en grande difficulté les personnes dont la situation économique est fragile : les travailleurs pauvres, les personnes à bas salaires, et toutes les personnes suivies par les associations que pour les associations faisant de l'intermédiation locative.

Cet article montre la méconnaissance totale de ce gouvernement concernant les difficultés des personnes en situation d'exclusion, et celles des travailleurs sociaux qui les accompagnent, qui n'ont pas toujours l'ensemble des papiers nécessaires à l'ouverture des droits dès l'entrée dans le logement (justificatifs provenant de diverses administrations, régions, employeurs, pour attester de ses ressources ou des aides perçues)

Or le manque d'une aide au logement sur 3 mois consécutifs pour une personne en situation d'exclusion peut la conduire à s'endetter, à renoncer à des soins et avoir des conséquences dramatiques.

De plus, certaines associations qui font de l'intermédiation locative touchent l'APL en tiers payant, à la place des personnes qui occupent les logements. Ces associations peuvent donc avec la rétroactivité, prendre le risque de ne pas toucher tout de suite l'APL pour les personnes qu'elles suivent. Une suppression pure et simple de cette ressource peut conduire ces associations d'intermédiation locative à connaître de graves difficultés de trésorerie.

AS	304	
----	-----	--

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010  
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

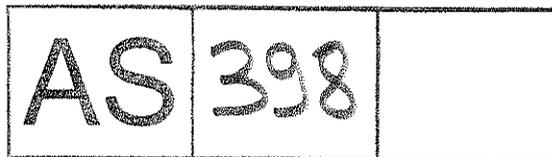
Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

**ARTICLE 54**

Supprimer cet article

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Les auteurs de cet amendement s'opposent à la suppression de la rétroactivité de 3 mois du bénéfice des aides au logement. Cette mesure va peser sur le budget des populations les plus fragiles et les moins informées, en particulier les jeunes qui emménagent pour la première fois dans un appartement.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau,  
rapporteuse ~~du projet de loi relatif à la sécurité sociale~~ pour  
la branche famille, rapporteur pour la famille, Mme Martine  
Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et  
divers gauche**

---

*Article 55*

Supprimer cet article.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

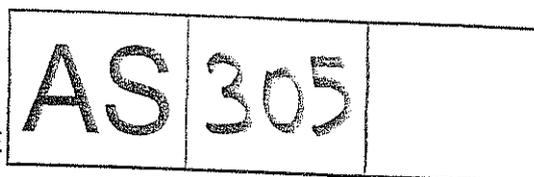
Cet article prévoit que l'allocation de base de la prestation d'accueil du jeune enfant sera désormais versée à compter du mois civil qui suit la naissance ou l'accueil de l'enfant et non à compter du jour de la naissance.

L'économie attendue de cette mesure est de l'ordre de 64 millions d'euros par an à partir de 2011. On ne peut que souligner la faiblesse de l'impact financier de cette disposition, qui va pénaliser les parents de jeunes enfants.

Pourtant, rien ne justifie qu'une prestation destinée à compenser la charge d'un enfant ne prenne effet que le mois qui suit sa naissance ou son adoption, puisque cette charge par définition est immédiate pour les parents.

De plus, elle crée une inégalité entre les familles dont l'enfant est né en début de mois, qui perdront quasiment 178 euros, et celles dont l'enfant est né en fin de mois. En conséquence, il est proposé de supprimer l'article.

ASSEMBLÉE NATIONALE



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010  
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

**ARTICLE 55**

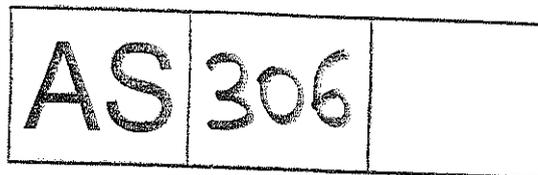
Supprimer cet article

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Il est indécent, dans un contexte de crise économique et d'augmentation des besoins sociaux, de rogner ainsi sur les droits des mères qui restent les principales bénéficiaires de la PAJE.

Les frais supplémentaires coïncidant avec l'arrivée d'un enfant n'ont jamais baissé, bien au contraire, et l'allocation de base est déjà faible par rapport aux investissements nécessaires à l'accueil d'un jeune enfant.

ASSEMBLÉE NATIONALE



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010  
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

#### ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article 55, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

L'article L. 543-1 du code la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« À partir de l'année 2013, le montant de l'allocation de rentrée scolaire varie selon le cycle d'étude de l'enfant.

« Un décret en Conseil d'État fixe les modalités d'application de cette disposition. »

#### EXPOSE SOMMAIRE

Cet amendement vise à permettre la modulation de l'allocation de rentrée scolaire (ARS) selon le cycle d'étude de l'enfant. Le coût de la rentrée scolaire supportée par les familles ne dépend en effet pas de l'âge mais est corrélé avec le cycle d'étude de l'enfant.

Les auteurs de l'amendement proposent, afin de préparer au mieux sa mise en œuvre, que cette mesure soit applicable à la rentrée 2013.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau,  
rapporteuse ~~pour la branche famille, rapporteur pour la famille, Mme Martine  
Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et  
divers gauche~~**

*Article additionnel avant l'article 56*

Avant l'article 56, insérer un article ainsi rédigé :

« I. – Le premier alinéa de l'article L. 214-2 du code de l'action sociale et des familles est ainsi rédigé :

« Tous les trois ans, les communes de plus de 50 000 habitants établissent un schéma pluriannuel de développement et de coordination des services d'accueil des enfants de moins de six ans. »

« II. – Le même article est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Ce schéma peut être consulté par les professionnels et les particuliers sur simple demande. » »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Les outils de planification de l'offre de garde sur le territoire manquent d'efficacité. Ce constat a été dressé par de nombreux rapports, notamment ceux de Mme Tabarot de juillet 2008 et de l'Inspection générale des affaires sociales de mars 2009.

Il est donc proposé de rendre obligatoire, dans les communes de plus de 50 000 habitants, la mise au point d'un schéma de création de places de garde, et de permettre sa consultation par les professionnels et les particuliers. Dans les zones à faible densité, ce rôle de programmation reviendrait aux communautés de communes.

Cet outil, en associant les caisses d'allocations familiales, permettra d'améliorer leur soutien logistique et financier auprès des communes.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur, ~~président de la~~  
~~Commission des affaires sociales pour les dépenses d'équilibre~~  
~~général~~

*Article additionnel avant l'article 56*

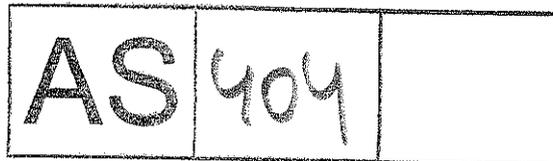
Avant l'article 56, insérer l'article suivant :

« Le quatrième alinéa de l'article L. 521-2 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

~~« Le montant de ce versement ne peut excéder 20 % du montant~~  
~~total des allocations familiales. »~~

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement précise les conditions dans lesquelles s'effectue le maintien du versement des allocations familiales, dans le cas où un mineur est confié au service de l'aide sociale à l'enfance et que la famille participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfant.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau,  
rapporteure ~~pour la branche famille, rapporteur pour la famille, Mme Martine  
Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et  
divers gauche~~**

*Article additionnel avant l'article 56*

Avant l'article 56, insérer un article ainsi rédigé :

« I. – À l'alinéa 7 de l'article L. 531-1 du code de la sécurité sociale, substituer à la phrase : « La personne ou le ménage qui ne répond pas à la condition de ressources pour percevoir la prime à la naissance ou à l'adoption mentionnée au 1° et l'allocation de base mentionnée au 2° peut toutefois percevoir les compléments prévus aux 3° et 4° », les phrases : « La personne ou le ménage qui ne répond pas à la condition de ressources pour percevoir la prime à la naissance ou à l'adoption mentionnée au 1° peut toutefois percevoir les compléments prévus aux 3° et 4° . La personne qui ne répond pas à la condition de ressources pour percevoir l'allocation de base mentionnée au 2° ne peut percevoir le complément prévu au 3° ».

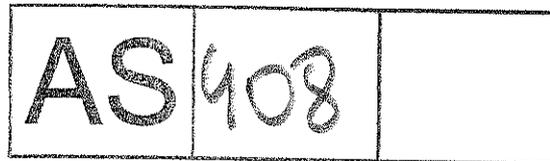
II. – Le I de cet article s'applique aux parents des enfants nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011. » »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cette mesure vise à traduire une des préconisations du rapport de la MECSS sur la prestation d'accueil du jeune enfant, rendu public au mois de juillet 2009. Il s'agit de revenir sur une réelle injustice.

En effet, aujourd'hui, certains parents qui en temps normal ne bénéficient pas de l'allocation de base de la PAJE, ayant des revenus trop élevés, la touchent lorsqu'elles deviennent bénéficiaires du complément de libre choix d'activité. Ces parents cumulent alors le bénéfice du complément de libre choix d'activité et de l'allocation de base.

Cet amendement vise donc à mettre fin à une situation aberrante et injuste en réduisant l'effet d'aubaine pour les familles dont un des parents aurait dans tous les cas arrêté de travailler.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau,  
rapporteuse ~~à l'Assemblée de la Commission des affaires sociales~~ pour  
la branche famille, rapporteur pour la famille, Mme Martine  
Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et  
divers gauche**

*avant*

*Article additionnel ~~à~~ l'article 56*

*Avant* ~~à~~ l'article 56, insérer un article ainsi rédigé :

Le III de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale est complété par l'alinéa suivant :

« Les deux membres d'un couple peuvent opter pour le partage du complément de libre choix d'activité versé à taux plein. Son montant est fonction de la période pendant laquelle le parent cesse toute activité professionnelle pour s'occuper de son enfant. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Toutes les études récentes montrent que la conciliation des vies familiale et professionnelle pèse davantage sur les femmes, *a fortiori* les moins qualifiées. Malgré les déclarations d'intention, les hommes s'arrêtent de travailler dix fois moins que les femmes pour élever leurs enfants. La réforme du congé parental, annoncée en 2008 par le Président de la République doit aller dans le sens d'un partage plus équitable entre les genres.

Le rapport de Mme Michèle Tabarot au Premier ministre sur le développement de l'offre d'accueil de la petite enfance, paru en juillet 2008, préconise un « *nouveau congé, plus court, partagé entre les parents, et mieux rémunéré* », sur le modèle des réformes récentes du congé parental en Allemagne ou en Islande. L'avis du Haut conseil de la famille du 11 février 2010 sur le complément de libre choix d'activité va plus loin, en proposant qu'une partie du congé, incessible, soit obligatoirement prise par le père.

Cet amendement vise donc à inscrire dans le code de la sécurité sociale la possibilité, pour un couple, de « partager » le bénéfice du complément de libre choix d'activité lors d'un congé parental pour s'occuper de leur enfant.



PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur, ~~rapporteur~~ ~~de la~~  
~~Commission des affaires sociales et de l'équilibre~~  
~~général~~

*Article additionnel avant l'article 56*

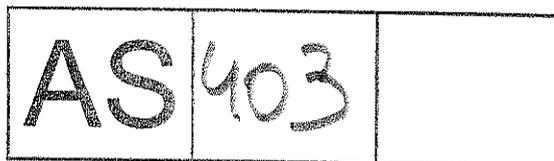
Avant l'article 56, insérer l'article suivant :

L'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale est complété par un  
alinéa ainsi rédigé :

« ~~Un mineur est confié au service de l'aide sociale à~~  
~~l'enfance, la part de l'allocation de rentrée scolaire due à la famille pour~~  
enfant est versée à ce service, dans des conditions prévues par décret en  
Conseil d'État. »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet amendement vise à permettre le reversement de l'allocation de  
rentrée scolaire, originellement perçue par les parents, au service de l'aide  
sociale à l'enfance qui dépend du conseil général, dans le cas où l'enfant lui  
est confié.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau,  
rapporteure ~~de la Commission des affaires sociales~~ pour  
la branche famille, rapporteur pour la famille, Mme Martine  
Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et  
divers gauche**

*Article additionnel avant l'article 56*

Avant l'article 56, insérer un article ainsi rédigé :

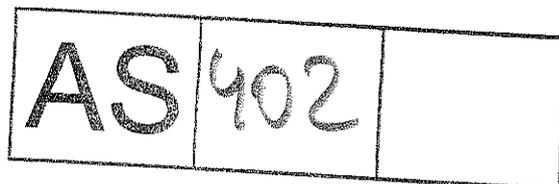
« L'article L. 543-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'un mineur est confié au service d'aide sociale à l'enfance, la part de l'allocation de rentrée scolaire due à la famille pour cet enfant est versée à ce service, dans des conditions prévues par décret en Conseil d'État. Toutefois, le juge peut décider d'office ou sur saisine du président du conseil général, de maintenir le versement de l'allocation de rentrée scolaire à la famille, lorsque celle-ci participe à la prise en charge morale ou matérielle de l'enfance ou en vue de faciliter le retour de l'enfant dans son foyer »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à prévoir le versement de l'allocation de rentrée scolaire au département, lorsque l'enfant est confié aux services de l'aide sociale à l'enfance, et que tout lien affectif ou éducatif a été rompu entre l'enfant et les parents. Le juge déciderait du maintien du versement de l'ARS à la famille, en considérant notamment que ce maintien est de nature à favoriser le retour de l'enfant dans sa famille.

Le transfert aux départements de la compétence en matière de protection de l'enfance s'est non seulement accompagné d'un désengagement financier de l'État, mais n'a pas été dument compensé. Il s'agit d'alerter le Gouvernement sur ce sujet.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau,  
rapporteuse ~~pour la commission des affaires sociales~~ pour  
la branche famille, rapporteur pour la famille, Mme Martine  
Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et  
divers gauche**

*Article additionnel avant l'article 56*

Avant l'article 56, insérer un article ainsi rédigé :

« I. – Les alinéas 3 et 4 de l'article L. 581-2 du code de la sécurité sociale sont supprimés.

II. – Le présent article s'applique aux prestations versées au titre des enfants nés à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

L'allocation différentielle de soutien familial est versée lorsque l'un des parents se soustrait partiellement à l'obligation de payer une pension alimentaire. Ce système a des effets pervers, puisque si le juge fixe un montant de pension alimentaire inférieur à l'ASF et que le parent non gardien s'en acquitte, l'autre ne touchera rien. Il favorise donc les personnes dont l'ancien conjoint ne verse aucune pension, et incite les juges à ne pas fixer de montant de pension alimentaire pour ne pas léser les bénéficiaires.

Cet amendement vise donc, conformément aux préconisations des récents rapports du Haut conseil de la famille et de la Cour des comptes sur les familles monoparentales, à supprimer cette allocation qui ne concerne aujourd'hui que 445 personnes.

Cette allocation aurait vocation à être remplacée par une allocation différentielle qui complète la totalité des petites pensions, que le parent non gardien s'y soustraie en partie ou non.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau,  
rapporteuse ~~de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales~~ pour  
la branche famille, rapporteur pour la famille, Mme Martine  
Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et  
divers gauche**

*Article additionnel avant l'article 56*

Avant l'article 56, insérer un article ainsi rédigé :

« Le début de l'article L. 122-25-4 du code du travail est ainsi rédigé:

« Après la naissance de l'enfant, et dans un délai fixé par décret, le père, le conjoint, la personne vivant maritalement avec la mère de l'enfant ou ayant conclu avec elle un pacte civil de solidarité bénéficie d'un congé d'accueil à l'enfant de onze jours consécutifs ou de dix huit jours consécutifs en cas de naissances multiples entraînant la suspension de leur contrat de travail. Le ou la salarié (e) qui souhaite bénéficier du congé d'accueil à l'enfant... » »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à créer un congé d'accueil à l'enfant dont l'objet est de permettre au père ou à la personne qui partage la vie de la mère de l'enfant de disposer du temps nécessaire pour être aux côtés de l'enfant dans les premiers jours de sa vie. Conformément aux préconisations de la HALDE, il vise à permettre aux couples de femmes homosexuelles d'être pleinement reconnues comme porteur d'un projet parental même si l'enfant n'est biologiquement lié qu'à un membre du couple.

Il convient de rappeler que cet amendement a déjà été présenté lors de la discussion du PLFSS pour 2007 et adopté à l'unanimité par la commission des affaires culturelles, familiales et sociales.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau,  
rapporteuse ~~pour la branche famille, rapporteur pour la famille, Mme Martine  
Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et  
divers gauche~~**

*Article additionnel avant l'article 56*

Avant l'article 56, insérer un article ainsi rédigé :

I. – Les I, II et III de l'article 27 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance deviennent les I, II et III d'un article L. 226-14 inséré dans le code de l'action sociale et des familles.

II. – Le IV de l'article 27 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007 précitée est abrogé.

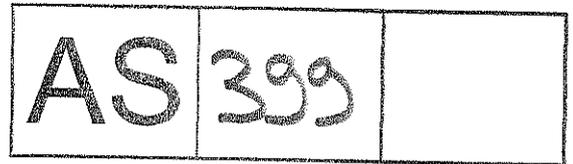
III. – À la seconde phrase du I de l'article L. 226-14 du code de l'action sociale et des familles résultant du I, les mots : « de la présente loi », sont remplacés par les mots : « des articles L. 112-3, L. 221-1, L. 221-3, L. 226-3-1 et L. 226-6 ».

IV. – Au deuxième et au troisième alinéa du II du même article, après les mots : « est arrêté », sont insérés les mots : « chaque année ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à consacrer dans le code de l'action sociale et des familles l'existence du Fonds national de financement de la protection de l'enfance, prévu à l'article 27 de la loi n° 2007-293 du 5 mars 2007.

Il est de plus précisé que l'alimentation du fond ainsi que la répartition entre les sommes revenant aux départements et à l'État est fixé chaque année.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau,  
rapporteure ~~du nom de la commission des affaires sociales~~ pour  
la branche famille, rapporteur pour la famille, Mme Martine  
Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et  
divers gauche**

---

*Article additionnel avant l'article 56*

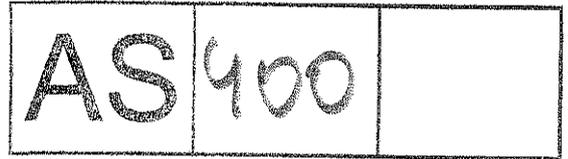
Avant l'article 56, insérer un article ainsi rédigé :

Avant le 1<sup>er</sup> septembre 2011, le Gouvernement remet au Parlement un rapport sur les conditions d'indemnisation du congé de maternité des femmes qui travaillent par intermittence.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à alerter le Gouvernement et fournir une réponse au problème des femmes, notamment intermittentes du spectacle, qui alternent des périodes travaillées et non travaillées, et ne parviennent pas à remplir les conditions requises pour percevoir une indemnité journalière de repos lors de leur congé de maternité.

Afin d'informer au mieux les parlementaires, il est prévu que ce rapport soit rendu avant le début de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau,  
rapporteuse ~~pour la branche famille, rapporteur pour la famille, Mme Martine  
Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et  
divers gauche~~**

---

*Article additionnel avant l'article 56*

Avant l'article 56, insérer un article ainsi rédigé :

« Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 31 décembre 2011, un rapport dressant le bilan du contrat enfance jeunesse et des conditions de possibilité de sa majoration ou de sa modulation afin d'améliorer le soutien apporté aux communes dans la création de places d'accueil. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Le contrat enfance jeunesse, réformé en 2006, donne la possibilité aux caisses d'allocations familiales de prendre en charge 55 % du coût résiduel d'une place de garde à la charge des collectivités locales. Cet outil a fait la preuve de son efficacité. Cependant, dans certaines communes défavorisées, il est insuffisamment incitatif.

Cet amendement vise à dresser le bilan de la réforme de 2006 et les conditions d'amélioration du contrat enfance et jeunesse. Il pourrait notamment être envisagé de moduler ou de majorer le financement des places de garde dans les territoires où l'offre de garde est particulièrement déficitaire. Cette mesure devrait inciter les communes qui connaissent des difficultés logistiques et financières à investir.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteure**  
~~rapporteur pour la famille, Mme Martine Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche~~  
**la branche famille, rapporteur pour la famille, Mme Martine Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et divers gauche**

*Article additionnel avant l'article 56*

Avant l'article 56, insérer l'article suivant :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 juin 2011, un rapport d'évaluation du complément optionnel de libre choix d'activité prévu au deuxième alinéa du VI de l'article L. 531-4 du code de la sécurité sociale.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Le complément optionnel de libre choix d'activité (COLCA) est une des composantes de la prestation d'accueil du jeune enfant. Créé en 2006, le COLCA est une prestation qui ne peut être attribuée qu'aux parents ayant trois enfants à charge et en cas d'interruption totale de l'activité professionnelle. Son montant est plus élevé que celui du complément de libre choix d'activité (CLCA) mais la durée de versement est limitée à un an au lieu de trois.

Le COLCA n'a pas connu de succès auprès des familles. Il ne semble pas avoir trouvé son public. À la fin de l'année 2008, deux ans et demi après sa création, il y avait seulement 2 100 bénéficiaires du COLCA. Ce chiffre apparaît très faible si on le compare aux 150 000 bénéficiaires du CLCA de rang 3 à taux plein, c'est-à-dire en cas d'interruption d'activité professionnelle.

Afin de comprendre le peu de succès du COLCA, et dans le cadre d'une réflexion plus globale sur la réforme du congé parental, il serait souhaitable de disposer d'une évaluation de ce dispositif, pour, le cas échéant, proposer sa suppression ou son remplacement par une autre prestation.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau,  
rapporteuse ~~du projet de loi n° 2854 relatif à la sécurité sociale~~ pour  
la branche famille, rapporteur pour la famille, Mme Martine  
Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et  
divers gauche**

---

*Article additionnel avant l'article 56*

Avant l'article 56, insérer un article ainsi rédigé :

Le Gouvernement remet au Parlement, avant le 30 juin 2011, un rapport dressant un premier bilan de la mise en œuvre du plan métiers de la petite enfance.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Le Gouvernement a lancé en 2008 un plan des métiers de la petite enfance sur la période 2008-2012.

Celui-ci vise à répondre à la pénurie actuelle de professionnels de la petite enfance, qui tient tant à des problèmes de recrutement que d'évolution de carrière.

Cet amendement vise à établir un bilan des actions menées par le Gouvernement dans le cadre du plan métiers de la petite enfance, en termes d'information des jeunes sur l'existence de ces métiers, d'offre de formation initiale et continue, d'accompagnement des professionnels, d'amélioration du déroulement des carrières, et d'aide à l'installation.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par Mme Marie-Françoise Clergeau,  
rapporteuse ~~pour la branche famille, rapporteur pour la famille, Mme Martine  
Pinville et les commissaires socialistes, radicaux, citoyen et  
divers gauche~~**

*Article additionnel avant l'article 56*

Avant l'article 56, insérer un article ainsi rédigé :

Avant le 30 septembre 2011, le Gouvernement remet au Parlement un rapport faisant le bilan de l'accès prioritaire aux modes de garde pour les bénéficiaires de minima sociaux, prévu à l'article L. 214-7 du code de l'action sociale et des familles.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Selon l'article L. 214-7 du code de l'action sociale et des familles, créé en 2006, les établissements et services d'accueil collectif ont l'obligation d'accueillir des enfants de bénéficiaires de minima sociaux en situation d'insertion sociale ou professionnelle. Les gestionnaires doivent intégrer cette donnée à leur projet d'établissement, en informer le Conseil général et la commission départementale de l'accueil du jeune enfant est chargée de dresser un bilan de la mise en œuvre de ce dispositif.

Cependant, depuis 2006, aucun bilan n'a été fait. Les remontées d'information sont parcellaires, tant sur les places de garde attribuées à des bénéficiaires de minima sociaux, que sur leur accompagnement par les départements et les CAF. Or, pour les parents en difficulté, l'absence de mode de garde est un obstacle infranchissable dans la recherche d'un emploi.

Cet amendement demande donc au Gouvernement de faire le bilan de la mise en œuvre de l'article L. 214-7 précité avant le 30 septembre 2011.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE  
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Denis Jacquat  
rapporteur pour l'assurance-vieillesse

AS	108	
----	-----	--

—  
*Article 57*

A l'alinéa 1, substituer au mot :

« dépenses »

le mot :

« charges ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Précision rédactionnelle

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE  
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Denis Jaouat  
rapporteur pour l'assurance-vieillesse

AS	107	
----	-----	--

*Article 57*

A l'alinéa 3, substituer aux mots :

« la prise en charge mentionnée au 2° de l'article L.135-2 du code de la sécurité sociale est fixée »

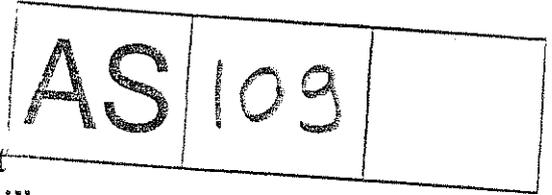
les mots :

« les dépenses de prise en charge mentionnées au 2° de l'article L.135-2 du code de la sécurité sociale sont fixées ».

EXPOSÉ SOMMAIRE

Précision rédactionnelle

AMENDEMENT N°  
Présenté par Denis Jacquat  
Rapporteur pour l'assurance-vieillesse



Article 57

Compléter l'article 57 par l'alinéa suivant :

« IV.- A l'article L. 634-2 du code de la sécurité sociale, les mots : «aux 4° et 6° de l'article L. 351-3» sont remplacés par les mots : « à l'article L. 351-3 ». »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Le présent amendement vise à rétablir une base juridique à la validation au titre de la retraite, au profit des assurés du régime social des indépendants, de certaines périodes assimilées telles que les périodes d'hospitalisation, de dispense de paiement de la cotisation d'assurance vieillesse pour raison de santé, d'invalidité et de service d'une rente d'accident du travail.

Cette disposition de cohérence est sans impact pour les assurés, les périodes assimilées prises en compte par les régimes de base des artisans et de commerçants restant définies au niveau réglementaire (article D. 634-2 du code de la sécurité sociale).

Mais elle sécurise juridiquement le financement, par le Fonds de solidarité vieillesse, du coût pour le régime général et les régimes alignés (artisans, commerçants, salariés agricoles) des périodes assimilées attribuées au titre des indemnités journalières maladie, maternité, invalidité, accidents du travail, maladies professionnelles (article 70 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2010).

# Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2011 (2854)

AMENDEMENT N° 

AS	110	
----	-----	--

  
Présenté par Denis Jacquat  
Rapporteur pour l'assurance vieillesse

Après l'article 57, il est inséré l'article suivant

I.- Au premier alinéa de l'article L.173-2 du code de la sécurité sociale, les mots : « à l'article L.200-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L.200-2, L.382-15 ».

III.- Les dispositions du I sont applicables aux pensions prenant effet à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2011.

## Exposé des motifs

La mesure proposée vise à corriger une omission suite à loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 qui n'a pas répercuté à la CAVIMAC une mesures nouvelles applicable, en matière de retraite, au régime général en dépit de l'alignement du régime des cultes sur les règles du régime général depuis le 1<sup>er</sup> janvier 1998. Cette mesure concerne la réforme des règles du minimum contributif initiée au régime général à l'article 80 de la loi susvisée. En effet, la CAVIMAC ne fait pas partie des régimes visés par le plafonnement du minimum contributif prévu à l'article L173-2 du CSS et qui a pour objet de limiter le bénéfice de ce minimum aux personnes réellement dans le besoin. Ce plafonnement serait maintenant applicable à la CAVIMAC.

Cette mesure entrerait en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2011.

# ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT  
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AS

101

## AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

### ARTICLE 58

Supprimer cet article

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Cet article a pour objet la constitution d'un fonds interbranches et inter-régimes, en vue de financer des projets d'intérêt commun.

En cette période de dérive historique des comptes sociaux, les branches du régime général de sécurité sociale, les régimes CNRSI et CCMSA ainsi que les régimes spéciaux disposent de suffisamment de ressources financières pour s'acquitter, sans moyens supplémentaires, d'une gestion efficiente.

Pour ce qui est de mener des actions communes, il existe d'ores et déjà un organisme créé à cet effet et largement doté financièrement : l'UCANSS.

Dès lors, nul besoin de créer une nouvelle structure administrative, à l'heure où la RGPP exige, bien au contraire, leur regroupement ...

Tel est le sens du présent amendement.





PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)

**Amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur** [REDACTED]  
[REDACTED], pour les recettes et l'équilibre  
général

*Article additionnel après l'article 60*

Après l'article 60, insérer l'article suivant :

Le troisième alinéa de l'article 1844-5 du code civil est ainsi  
modifié :

« À la fin de la deuxième phrase, les mots : « trente jours à compter  
de la publication de celle-ci » sont remplacés par les mots : « soixante jours  
à compter de la publication de celle-ci au *Bulletin officiel des annonces  
civiles et commerciales* ». »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La transmission universelle du patrimoine, prévue par l'article  
1844-5 du code civil, permet de modifier les statuts et de transférer  
l'intégralité des parts d'une société entre les mains d'un seul associé et de la  
dissoudre, ce qui entraîne la transmission de l'ensemble du patrimoine à  
l'associé unique.

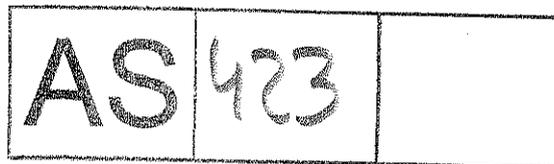
La publication de la transmission universelle du patrimoine se  
limite à un journal d'annonces légales local, qui n'est pas nécessairement le  
*Bulletin officiel des annonces civiles et commerciales*. À défaut  
d'opposition dans un délai de trente jours, la société est dissoute.

Or ce procédé est aujourd'hui massivement détourné par des  
sociétés ayant recours au travail illégal, afin d'échapper aux sanctions  
qu'elles encourent. En effet, lorsque l'information de la transmission de  
patrimoine parvient aux URSSAF, le délai d'opposition est clos. Compte  
tenu de la perte de leur personnalité morale, les procédures classiques de

recouvrement sont vouées à l'échec. Le manque à gagner pour la sécurité sociale est considérable, avec des cas de redressement de près de 4 millions d'euros.

Pour combler ce vide juridique, cet amendement précise que l'avis de transmission universelle du patrimoine doit être publié au Bulletin officiel des annonces civiles et commerciales, et porte le délai d'opposition à 60 jours.

Cette mesure, en donnant aux URSSAF de réels outils pour lutter contre ce type d'abus de droit, permettra d'améliorer le recouvrement des sommes dues par les sociétés et par conséquent de limiter le manque à gagner pour la sécurité sociale.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur ~~du nom de la~~  
~~Commission des affaires sociales~~, pour les recettes et l'équilibre  
général**

*Article additionnel après l'article 60*

Après l'article 60, insérer l'article suivant :

L'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale est complété par un 3° ainsi rédigé :

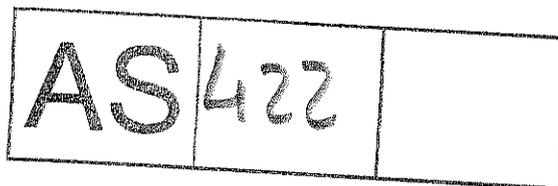
« 3° Aux agents de contrôle assermentés des organismes de sécurité sociale pour recouvrer des prestations versées indûment à des tiers. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

En vertu de l'article L. 114-19 du code de la sécurité sociale, dans le cadre des actions de lutte contre la fraude, les organismes de sécurité sociale peuvent faire usage du droit de communication auprès d'un certain nombre d'organismes ou d'entreprises. Ce droit de communication est notamment exercé à l'égard d'établissements bancaires, de fournisseurs d'énergie, d'opérateurs de téléphonie ou de fournisseurs d'accès à internet. Il permet aux organismes de sécurité sociale de disposer de prérogatives comparables à celles dévolues aux services fiscaux.

Cet amendement vise à compléter le dispositif créé en 2008 en élargissant le droit de communication aux informations sur des tiers soupçonnés de bénéficier indûment de prestations versées. Il s'agit par exemple de pouvoir identifier les mandataires des comptes bancaires de prestataires décédés continuant à percevoir frauduleusement des pensions.

La mesure vise donc explicitement à améliorer la mise en recouvrement de prestations indûment versées à des tiers auxquels les organismes pourront adresser leurs créances après les avoir identifiés.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur [REDACTED]  
[REDACTED], pour les recettes et l'équilibre  
général**

*Article additionnel après l'article 60*

Après l'article 60, insérer l'article suivant :

L'article L. 133-6-8 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« En l'absence de chiffre d'affaires ou de recettes, le travailleur indépendant est tenu de transmettre le formulaire prévu à l'article R. 133-30-2 à l'organisme chargé du calcul et de l'encaissement des cotisations et contributions sociales, dans des conditions fixées par décret. »

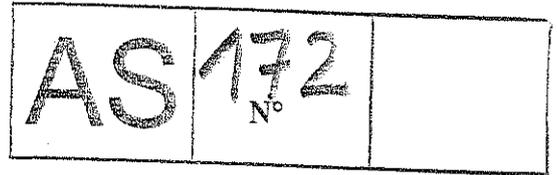
**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Le statut d'auto entrepreneur, créé en 2009, accorde la possibilité à un travailleur indépendant de n'effectuer aucune déclaration à l'URSSAF s'il n'a touché aucun revenu.

Or des abus de ce statut simplifié ont été constatés. Certains travailleurs indépendants utilisent le statut d'auto entrepreneur pour ne pas déclarer leur activité. Certains employeurs inscrivent leur salarié au régime de l'auto entrepreneur pour ne pas avoir à les déclarer.

Pour éviter ce type de dérive et faciliter les contrôles par les URSSAF, cet amendement vise à instaurer une obligation, pour tout auto entrepreneur, de déclarer ses revenus aux organismes de recouvrement, même en l'absence de chiffre d'affaires pour la période concernée.

ART.



## ASSEMBLÉE NATIONALE

---

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

### AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prél et Claude Leteurre

#### Article additionnel

Après l'article ●, insérer l'article suivant

● 60

A l'article L162-1-14 du Code de la sécurité sociale, IV, 3°, après les mots « *réception de l'avis* », inséré le mot « *conforme* ».

#### Exposé des motifs

L'avis de la commission doit impérativement être suivi par le directeur de la Caisse, au risque de faire de cette procédure des pénalités, une procédure arbitrale, au cours de laquelle ce dernier serait à la fois juge et partie, ce qui est contraire au droit français et européen.

AS	297	
----	-----	--

ASSEMBLÉE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2010  
(n°2854)

AMENDEMENT

présenté par

Mmes J. Fraysse, M. Billard, MM. R. Muzeau, M. Gremetz

ARTICLE ADDITIONNEL

 60

Après l'article ~~4~~, insérer un article additionnel ainsi rédigé :

« Dans la deuxième phrase du V de l'article L162-1-14 du code de la sécurité sociale, après le mot « commission », insérer les mots « ainsi qu'un représentant des usagers choisi parmi le collège des représentants des usagers. ». »

EXPOSE SOMMAIRE

Cet amendement vise à reconnaître aux usagers le droit de siéger au sein des commissions des pénalités des CPAM.

AS	475	
----	-----	--

**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT  
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

Amendement présenté par M.

*Doov,  
rapporteur*

*Article additionnel*

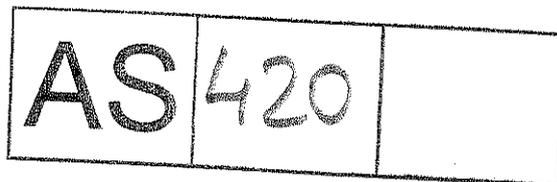
Après l'article 60, insérer un article ainsi rédigé :

Après le premier alinéa du V de l'article L. 162-1-14 du code de la sécurité sociale, est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« La personne physique ou morale en cause peut être entendue par la commission mentionnée au premier aliéna du présent V, et se faire assister ou représenter devant elle par la personne de son choix. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à ce que les professionnels de santé auxquels le directeur d'un organisme local d'assurance maladie envisage d'infliger une sanction puissent être entendus par la commission des pénalités, et puissent se faire assister ou représenter devant elle. Cette mesure renforce les droits des personnes mises en cause, sans pour autant empêcher la mise en œuvre des procédures de sanction. Cette mesure s'appliquerait aussi aux assurés et aux établissements.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur ~~de la~~  
~~Commission des Finances~~, pour les recettes et l'équilibre  
général**

*Article additionnel après l'article 60*

Après l'article 60, insérer l'article suivant :

Le 5° de l'article L. 162-14-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« Remplacer les mots : « la cotisation à sa charge dans un délai fixé par décret », par les mots : « l'ensemble des cotisations de sécurité sociale à sa charge, ou bénéficie d'octroi de délais de paiement par les organismes chargés du recouvrement des cotisations de sécurité sociale, dans un délai et des conditions de vérification du paiement effectif des cotisations fixés par décret ». »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Cet amendement vise à prévoir l'arrêt de la prise en charge des cotisations de sécurité sociale des professionnels de santé conventionnés par l'assurance maladie lorsqu'ils ne remplissent pas effectivement leurs obligations de contribution à la protection sociale.

Il est en effet inconcevable qu'un praticien qui ne s'acquitte d'aucune cotisation ou contribution, et touche des prestations de sécurité sociale, continue à bénéficier du paiement d'une partie de ses charges par l'assurance maladie.

Il est donc prévu de bloquer la participation de l'assurance maladie jusqu'au paiement complet de sa dette par le professionnel de santé. Pour ne pas léser les professionnels qui connaîtraient des problèmes de trésorerie, il est prévu un délai spécifique.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE  
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

AS	376	
----	-----	--

42

Article additionnel

Après l'article 41, insérer l'article suivant :

« Le premier alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« « Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement délibéré aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement de santé des règles de codage et de facturation opposables afférentes aux activités concernées, ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Les établissements de santé sont susceptibles de faire l'objet de répétitions d'indus et de sanctions financières. L'existence de ces deux mécanismes complémentaires, dont les conséquences financières sont lourdes pour les établissements de santé, doit conduire à une particulière vigilance dans la définition des faits passibles de sanctions, qui doit être claire et explicite. Par ailleurs, seuls doivent être sanctionnés les établissements dont la mauvaise foi est établie.

Il est donc nécessaire de préciser la notion de manquement, et de lui préférer celle de manquement délibéré qui traduit une volonté de ne pas se soumettre aux règles de codages et de facturations, au détriment de l'assurance maladie.

Il est également indispensable d'assortir la sanction de l'erreur de codage d'un mécanisme visant à alerter les établissements de leur erreur et de ne sanctionner que les seuls établissements poursuivant intentionnellement des pratiques dont la contrariété aux règles de codage et de facturation est avérée.

AMENDEMENT PRESENTE PAR VALERIE ROSSO-DEBORD

**Amendement relatif à l'amélioration de la définition des manquements aux règles de codage et de facturation susceptibles de faire l'objet de sanctions financières**

~~Article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale~~

60

Après l'article 60 du projet de loi de financement de la sécurité sociale, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

Le premier alinéa de l'article L 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :  
« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement délibéré aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L.162-22-6, d'erreur de codage imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement de santé des règles de codage et de facturation opposables afférentes aux activités concernées ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée ».

**EXPOSÉ DES MOTIFS**

Les établissements de santé sont susceptibles de faire l'objet de répétitions d'indus et de sanctions financières.

L'existence de ces deux mécanismes complémentaires, dont les conséquences financières sont lourdes pour les établissements de santé, doit conduire à une particulière vigilance dans la définition des faits passibles de sanctions, qui doit être claire et explicite.

Par ailleurs, seuls doivent être sanctionnés les établissements dont la mauvaise foi est établie.

Il est donc nécessaire de préciser la notion de manquement, et de lui préférer celle de manquement délibéré qui traduit une volonté de ne pas se soumettre aux règles de codages et de facturations, au détriment de l'assurance maladie.

Il est également indispensable d'assortir la sanction de l'erreur de codage d'un mécanisme visant à alerter les établissements de leur erreur et de ne sanctionner que les seuls établissements poursuivant intentionnellement des pratiques dont la contrariété aux règles de codage et de facturation est avérée.

# ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT  
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AS	53	
----	----	--

## AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

60

## ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article ~~■~~, insérer l'article suivant :

I- Le premier alinéa de l'article L 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :  
« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement délibéré aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L.162-22-6, d'erreur de codage imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement de santé des règles de codage et de facturation opposables afférentes aux activités concernées ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée ».

## EXPOSÉ SOMMAIRE

Les établissements de santé sont susceptibles de faire l'objet de répétitions d'indus et de sanctions financières.

L'existence de ces deux mécanismes complémentaires, dont les conséquences financières sont lourdes pour les établissements de santé, doit conduire à une particulière vigilance dans la définition des faits passibles de sanctions, qui doit être claire et explicite.

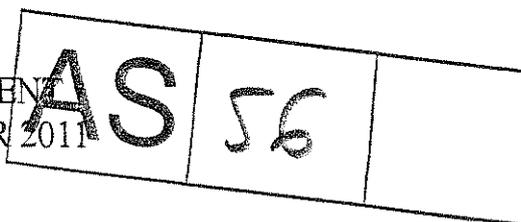
Par ailleurs, seuls doivent être sanctionnés les établissements dont la mauvaise foi est établie.

Il est donc nécessaire de préciser la notion de manquement, et de lui préférer celle de manquement délibéré qui traduit une volonté de ne pas se soumettre aux règles de codages et de facturations, au détriment de l'assurance maladie.

Il est également indispensable d'assortir la sanction de l'erreur de codage d'un mécanisme visant à alerter les établissements de leur erreur et de ne sanctionner que les seuls établissements poursuivant intentionnellement des pratiques dont la contrariété aux règles de codage et de facturation est avérée.

# ASSEMBLEE NATIONALE

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

60  
■  
■

### ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article ■, insérer l'article suivant :

I- Le premier alinéa de l'article L 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :  
« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement délibéré aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L.162-22-6, d'erreur de codage imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement de santé des règles de codage et de facturation opposables afférentes aux activités concernées ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée ».

~~Il est précisé que la sanction financière est égale à la somme de la déduction d'une taxe additionnelle sur les bénéfices et des pénalités prévues à l'article 575 A du Code Général des Impôts.~~

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Les établissements de santé sont susceptibles de faire l'objet de répétitions d'indus et de sanctions financières.

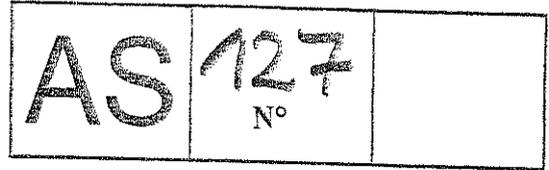
L'existence de ces deux mécanismes complémentaires, dont les conséquences financières sont lourdes pour les établissements de santé, doit conduire à une particulière vigilance dans la définition des faits passibles de sanctions, qui doit être claire et explicite.

Par ailleurs, seuls doivent être sanctionnés les établissements dont la mauvaise foi est établie.

Il est donc nécessaire de préciser la notion de manquement, et de lui préférer celle de manquement délibéré qui traduit une volonté de ne pas se soumettre aux règles de codages et de facturations, au détriment de l'assurance maladie.

Il est également indispensable d'assortir la sanction de l'erreur de codage d'un mécanisme visant à alerter les établissements de leur erreur et de ne sanctionner que les seuls établissements poursuivant intentionnellement des pratiques dont la contrariété aux règles de codage et de facturation est avérée.

ART.



## ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

### AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel après l'article ~~60~~ **60**

Le premier alinéa de l'article L 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement délibéré aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L.162-22-6, d'erreur de codage imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement de santé des règles de codage et de facturation opposables afférentes aux activités concernées ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée ».

#### Exposé des motifs :

Les établissements de santé sont susceptibles de faire l'objet de répétitions d'indus et de sanctions financières.

L'existence de ces deux mécanismes complémentaires, dont les conséquences financières sont lourdes pour les établissements de santé, doit conduire à une particulière vigilance dans la définition des faits passibles de sanctions, qui doit être claire et explicite.

Par ailleurs, seuls doivent être sanctionnés les établissements dont la mauvaise foi est établie.

Il est donc nécessaire de préciser la notion de manquement, et de lui préférer celle de manquement délibéré qui traduit une volonté de ne pas se soumettre aux règles de codages et de facturations, au détriment de l'assurance maladie.

Il est également indispensable d'assortir la sanction de l'erreur de codage d'un mécanisme visant à alerter les établissements de leur erreur et de ne sanctionner que les seuls établissements poursuivant intentionnellement des pratiques dont la contrariété aux règles de codage et de facturation est avérée.

AS	185	
----	-----	--

**PROJET DE LOI**  
**DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR**

**2011**

**n°2854**

**Amendement présenté par Guy Lefrand** ~~XXXXXXXXXX~~

**Article additionnel après l'article** ~~XXXX~~ **60**

Le premier alinéa de l'article L 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement délibéré aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L. 162-22-6, d'erreur de codage imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement de santé des règles de codage et de facturation opposables afférentes aux activités concernées ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée.

**Exposé des motifs**

Les établissements de santé sont susceptibles de faire l'objet de répétition d'indus et de sanctions financières.

L'existence de ces deux mécanismes complémentaires, dont les conséquences financières sont lourdes pour les établissements de santé, doit conduire à une particulière vigilance dans la définition des faits passibles de sanctions, qui doit être claire et explicite.

Par ailleurs, seuls doivent être sanctionnés les établissements dont la mauvaise foi est établie.

Il est donc nécessaire de préciser la notion de manquement et de lui préférer celle de manquement délibéré qui traduit une volonté de ne pas se soumettre aux règles de codage et de facturation, au détriment de l'assurance maladie.

Il est également indispensable d'assortir la sanction de l'erreur de codage d'un mécanisme visant à alerter les établissements de leur erreur et de ne sanctionner que les seuls établissements poursuivant intentionnellement des pratiques dont la contrariété aux règles de codage et de facturation est avérée.

**PROJET DE LOI n° 2854  
DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011**

**Amendement**

Présenté par : Marisol Touraine, Jean-Marie Le Guen, Catherine Lemorton, Catherine Génisson, Christian Paul, Michèle Delaunay, Michel Issindou, Jean Mallot, Jean-Patrick Gille, Danielle Hoffman-Rispal, Martine Pinville, Marie-Françoise Clergeau, Martine Carrillon-Couvreur, Michel Liebgott, Laurence Dumont, Christian Hutin, Jean-Claude Leroy, Marie-Renée Oget, Christophe Sirugue, Monique Iborra, Gisèle Biemouret, Guy Delcourt, Simon Renucci, Dominique Orliac, Patrick Lebreton

**Article additionnel**



**APRES L'ARTICLE 60, insérer l'article suivant :**

Le premier alinéa de l'article L 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« Les établissements de santé sont passibles, après qu'ils ont été mis en demeure de présenter leurs observations, d'une sanction financière en cas de manquement délibéré aux règles de facturation fixées en application des dispositions de l'article L.162-22-6, d'erreur de codage imputable à l'établissement, réitérée malgré la notification à l'établissement de santé des règles de codage et de facturation opposables afférentes aux activités concernées ou d'absence de réalisation d'une prestation facturée ».

**EXPOSE DES MOTIFS.**

Les établissements de santé sont susceptibles de faire l'objet de répétitions d'indus et de sanctions financières.

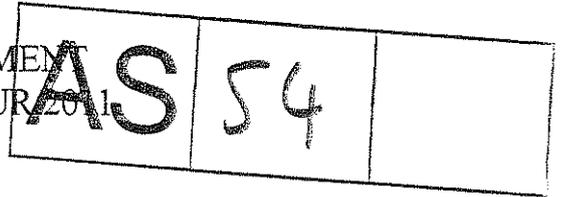
L'existence de ces deux mécanismes complémentaires, dont les conséquences financières sont lourdes pour les établissements de santé, doit conduire à une particulière vigilance dans la définition des faits passibles de sanctions, qui doit être claire et explicite.

Par ailleurs, seuls doivent être sanctionnés les établissements dont la mauvaise foi est établie. Il est donc nécessaire de préciser la notion de manquement, et de lui préférer celle de manquement délibéré qui traduit une volonté de ne pas se soumettre aux règles de codages et de facturations, au détriment de l'assurance maladie.

Il est également indispensable d'assortir la sanction de l'erreur de codage d'un mécanisme visant à alerter les établissements de leur erreur et de ne sanctionner que les seuls établissements poursuivant intentionnellement des pratiques dont la contrariété aux règles de codage et de facturation est avérée.

# ASSEMBLEE NATIONALE

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT  
DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011



## AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

60

## ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article ~~60~~, insérer l'article suivant :

I- Le deuxième alinéa de l'article L 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :  
« Cette sanction est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé, à la suite d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique, les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin ou les praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie en application du programme de contrôle régional établi par l'agence. Le directeur général de l'agence prononce la sanction après avis d'une commission de contrôle tripartite composée dans les mêmes proportions de représentants de l'agence, de représentants des organismes d'assurance maladie et du contrôle médical et de représentants d'établissements de santé désignés par chacune des fédérations représentatives d'établissements de santé à l'échelon régional. Cet avis est communiqué à l'établissement au plus tard 15 jours avant le prononcé de la sanction. La motivation de la sanction indique, si tel est le cas, les raisons pour lesquelles le directeur général n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle. La sanction est notifiée à l'établissement. Cette commission peut à tout moment être saisie pour avis par tout établissement de santé rencontrant des difficultés d'interprétation des règles de codage ou de facturation afférentes à son activité ».

~~Un tel avis de sanction ne peut être prononcé qu'après avoir été communiqué à l'établissement de santé concerné et après avoir été motivé.~~  
~~Il est également précisé que l'avis de la commission de contrôle est communiqué à l'établissement de santé concerné au plus tard 15 jours avant le prononcé de la sanction.~~

## EXPOSÉ SOMMAIRE

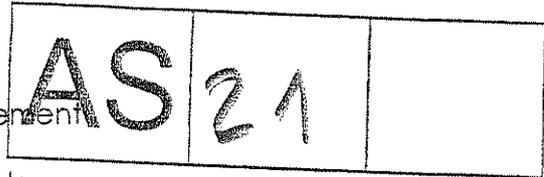
L'avis donné par la commission de contrôle au directeur de l'Agence régionale de santé avant que celui-ci ne prenne une décision de sanction, doit avoir été pris dans des conditions respectueuses des droits de la défense et du principe du contradictoire.

Les règles de composition et de fonctionnement de cette commission devant laquelle les établissements devraient être invités à présenter oralement leurs observations, doivent y contribuer.

Il est donc indispensable d'une part d'inviter les représentants des établissements de santé à faire partie de cette commission, qui de paritaire deviendrait alors tripartite, et d'autre part que l'avis rendu par cette commission soit notifié à l'établissement de santé encourant une sanction financière.

Enfin, les établissements de santé confrontés à des difficultés d'interprétation des règles de codage et de facturation doivent obtenir une réponse à l'échelon régional. L'introduction de cette possibilité contribuera à éviter la multiplication des contentieux devant les Tribunaux des affaires de sécurité sociale et devant les juridictions administratives.

Projet de loi de financement



de la sécurité sociale

AMENDEMENT PRESENTE PAR VALERIE ROSSO-DEBORD

**Amendement relatif à la préservation des droits de la défense dans le cadre de la  
procédure de sanctions financières pour des établissements de santé**

~~« Révisé par la Fédération Française des Hospices »~~

**CD 60**

Après l'article ~~■~~ de la loi de financement de la sécurité sociale, il est inséré un article  
additionnel ainsi rédigé :

Le deuxième alinéa de l'article L 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :  
« Cette sanction est prise par le directeur général de l'agence régionale de santé, à la suite  
d'un contrôle réalisé sur pièces et sur place par les médecins inspecteurs de santé publique,  
les inspecteurs de l'agence régionale de santé ayant la qualité de médecin ou les  
praticiens-conseils des organismes d'assurance maladie en application du programme de  
contrôle régional établi par l'agence. Le directeur général de l'agence prononce la  
sanction après avis d'une commission de contrôle tripartite composée dans les mêmes  
proportions de représentants de l'agence, de représentants des organismes d'assurance  
maladie et du contrôle médical et de représentants d'établissements de santé désignés par  
chacune des fédérations représentatives d'établissements de santé à l'échelon régional.  
Cet avis est communiqué à l'établissement au plus tard 15 jours avant le prononcé de la  
sanction. La motivation de la sanction indique, si tel est le cas, les raisons pour lesquelles le  
directeur général n'a pas suivi l'avis de la commission de contrôle. La sanction est notifiée à  
l'établissement. Cette commission peut à tout moment être saisie pour avis par tout  
établissement de santé rencontrant des difficultés d'interprétation des règles de codage ou  
de facturation afférentes à son activité ».

**EXPOSÉ DES MOTIFS**

L'avis donné par la commission de contrôle au directeur de l'Agence régionale de santé avant que  
celui-ci ne prenne une décision de sanction, doit avoir été pris dans des conditions respectueuses des  
droits de la défense et du principe du contradictoire.

Les règles de composition et de fonctionnement de cette commission devant laquelle les  
établissements devraient être invités à présenter oralement leurs observations, doivent y contribuer.

Il est donc indispensable d'une part d'inviter les représentants des établissements de santé à faire  
partie de cette commission, qui de paritaire deviendrait alors tripartite, et d'autre part que l'avis  
rendu par cette commission soit notifié à l'établissement de santé encourant une sanction financière.

Enfin, les établissements de santé confrontés à des difficultés d'interprétation des règles de codage et  
de facturation doivent obtenir une réponse à l'échelon régional. L'introduction de cette possibilité  
contribuera à éviter la multiplication des contentieux devant les Tribunaux des affaires de sécurité  
sociale et devant les juridictions administratives.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE  
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

AS	377	
----	-----	--

60

Article additionnel

Après l'article 41, insérer l'article suivant :

« La seconde phrase du troisième alinéa de l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale est remplacée par quatre phrases ainsi rédigées :

« « Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement et proportionnel au montant des indus encourus, dans la limite de 1 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement. Si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, son montant, proportionnel au montant des indus encourus, est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours. Dans ce cas, le montant de la sanction ne peut dépasser 3 % des recettes annuelles afférentes à l'activité ciblée. En cas de récidive, les taux sont respectivement portés à 3 % et 6 %. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

La première année de mise en œuvre des sanctions financières a mis en lumière de grandes disparités dans les pratiques des agences régionales de l'hospitalisation (ARH), dans les modalités de fixation des montants des sanctions. La Cour des comptes a critiqué ces disparités dans son rapport sur la sécurité sociale de 2009.

Par ailleurs, le montant de certaines sanctions s'est avéré totalement disproportionné par rapport au montant des indus encourus.

Il est donc indispensable d'introduire dans le code de la sécurité sociale un mécanisme garantissant une proportionnalité entre le montant des indus et celui des sanctions encourues par les établissements de santé.

Il est également indispensable d'en plafonner le montant à un taux qui permette aux sanctions de demeurer dissuasives sans remettre en cause la pérennité financière des établissements de santé.

# ASSEMBLEE NATIONALE

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AS	55	
----	----	--

### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

### ARTICLE ADDITIONNEL



Après l'article ■, insérer l'article suivant :

I- Le troisième alinéa de l'article L 162-22-18 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement et proportionnel au montant des indus encourus, dans la limite de 1 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, son montant, proportionnel au montant des indus encourus, est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours. Dans ce cas, le montant de la sanction ne peut dépasser 3% des recettes annuelles afférentes à l'activité ciblée.

En cas de récidive, les taux sont respectivement portés à 3% et 6% ».

~~Le montant des recettes pour l'Etat est compensé par l'augmentation de la fixation d'une taxe additionnelle aux droits visés à l'article 575 du Code Général des Impôts.~~

### EXPOSÉ SOMMAIRE

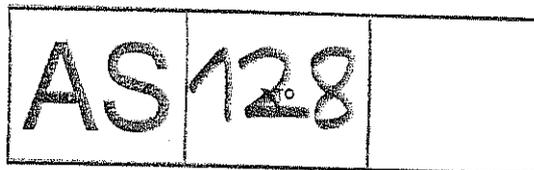
La première année de mise en œuvre des sanctions financières a mis en lumière de grandes disparités dans les pratiques des ARH, dans les modalités de fixation des montants des sanctions. La Cour des comptes a critiqué ces disparités dans son rapport sur la Sécurité sociale pour 2009.

Par ailleurs, le montant de certaines sanctions s'est avéré totalement disproportionné par rapport au montant des indus encourus.

Il est donc indispensable d'introduire au code de la sécurité sociale un mécanisme garantissant une proportionnalité entre le montant des indus et celui des sanctions encourues par les établissements de santé.

Il est également indispensable d'en plafonner le montant à un taux qui permette aux sanctions de demeurer dissuasives sans remettre en cause la pérennité financière des établissements de santé.

ART.



## ASSEMBLÉE NATIONALE

LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011 - (n°2854)

### AMENDEMENT N°

présenté par Jean-Luc Prével et Claude Leteurre

Article additionnel après l'article ~~60~~ ~~60~~ 60

Le troisième alinéa de l'article L.162-22-18 du code de la sécurité sociale est rédigé de la manière suivante :

« Son montant est fonction du pourcentage des sommes indûment perçues par rapport aux sommes dues. Il est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement et proportionnel au montant des indus encourus, dans la limite de 1 % des recettes annuelles d'assurance maladie de l'établissement.

Si le contrôle porte sur une activité, une prestation en particulier ou des séjours présentant des caractéristiques communes, son montant, proportionnel au montant des indus encourus, est calculé sur la base des recettes annuelles d'assurance maladie afférentes à cette activité, cette prestation ou ces séjours. Dans ce cas, le montant de la sanction ne peut dépasser 3% des recettes annuelles afférentes à l'activité ciblée.

En cas de récidive, les taux sont respectivement portés à 3% et 6% ».

#### Exposé des motifs :

La première année de mise en œuvre des sanctions financières a mis en lumière de grandes disparités dans les pratiques des ARH, dans les modalités de fixation des montants des sanctions. La Cour des comptes a critiqué ces disparités dans son rapport sur la Sécurité sociale pour 2009.

Par ailleurs, le montant de certaines sanctions s'est avéré totalement disproportionné par rapport au montant des indus encourus.

Il est donc indispensable d'introduire au code de la sécurité sociale un mécanisme garantissant une proportionnalité entre le montant des indus et celui des sanctions encourues par les établissements de santé.

Il est également indispensable d'en plafonner le montant à un taux qui permette aux sanctions de demeurer dissuasives sans remettre en cause la pérennité financière des établissements de santé.

PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITÉ SOCIALE  
POUR 2011 (N° 2854)

Amendement présenté par M. Yves Bur

AS	389	
----	-----	--

60

Article additionnel

Après l'article 41, insérer l'article suivant :

« Après l'article L. 162-22-18 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-22-19 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-22-19.*— I.— Aucune sanction ne peut être prononcée lorsque les règles de codage ou de facturation en vigueur au moment où ont été réalisés les activités, les prestations ou les séjours ayant fait l'objet du contrôle se heurtent à une difficulté d'interprétation et que les conditions suivantes sont remplies :

« 1° L'établissement a joint aux observations évoquées au premier alinéa de l'article L. 162-22-18 la copie de la demande par laquelle il a sollicité de l'autorité administrative, de manière précise et complète, une prise de position sur la question sans obtenir de réponse ;

« 2° L'autorité administrative n'a pas formellement pris position sur la question avant la mise en œuvre du contrôle prévu au deuxième alinéa de l'article L. 162-22-18.

« II.— Lorsque l'établissement a contesté une notification d'indus prise sur le fondement de l'article L. 133-4, l'exécution de la sanction ne peut être intervenir avant que la créance de l'assurance maladie soit devenue définitive. » »

EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement a pour objet d'introduire une dérogation au pouvoir de sanction du directeur de l'agence régionale de santé, lorsqu'il est établi qu'un établissement de santé de bonne foi a été confronté à des difficultés d'interprétation des règles de codage et de facturation, qui n'ont pas été résolues par l'assurance maladie.

Il est par ailleurs nécessaire, dans un souci d'équité et de cohérence juridique, d'articuler le droit afférent aux procédures de notifications d'indus et de sanctions financières en prévoyant qu'un établissement de santé ne puisse être l'objet d'une sanction financière lorsqu'il a contesté une notification d'indus et que la créance de l'assurance maladie n'est pas encore devenue définitive.

AS	19	
----	----	--

AMENDEMENT PRESENTE PAR VALERIE ROSSO-DEBORD

**Amendement relatif à l'articulation des mécanismes de répétitions d'indus et de sanctions financières**

~~Après l'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :~~

~~60~~ 60

Après l'article 13 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2011, il est inséré un article additionnel ainsi rédigé :

Il est ajouté au Code de la sécurité sociale un article L 162-22-19 ainsi rédigé :

« I. Aucune sanction ne peut être prononcée lorsque les règles de codage ou de facturation en vigueur au moment où ont été réalisées les activités, les prestations ou les séjours ayant fait l'objet du contrôle se heurtent à une difficulté d'interprétation et que les conditions suivantes sont remplies :

« 1° L'établissement a joint aux observations évoquées au premier alinéa de l'article L.162-22-18 du code de la sécurité sociale la copie de la demande, par laquelle il a sollicité de l'autorité administrative, de manière précise et complète, une prise de position sur la question sans obtenir de réponse ;

« 2° L'autorité administrative n'a pas formellement pris position sur la question avant la mise en œuvre du contrôle prévu au deuxième alinéa de l'article L.162-22-18 du code de la sécurité sociale.

« II. Lorsque l'établissement a contesté une notification d'indus prise sur le fondement de l'article L133-4 du code de la sécurité sociale, l'exécution de la sanction ne peut être intervenir avant que la créance de l'assurance maladie soit devenue définitive ».

### EXPOSÉ DES MOTIFS

Le présent amendement a pour objet d'introduire une dérogation au pouvoir de sanction du directeur de l'Agence régionale de santé, lorsqu'il est établi qu'un établissement de santé de bonne foi a été confronté à des difficultés d'interprétation des règles de codage et de facturation, qui n'ont pas été résolues par l'assurance maladie.

Il est par ailleurs nécessaire, dans un souci d'équité et de cohérence juridique, d'articuler le droit afférent aux procédures de notifications d'indus et de sanctions financières en prévoyant qu'un établissement de santé ne puisse être l'objet d'une sanction financière lorsqu'il a contesté une notification d'indus et que la créance de l'assurance maladie n'est pas encore devenue définitive.

# ASSEMBLEE NATIONALE

## PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE POUR 2011

AS	57	
----	----	--

### AMENDEMENT

Présenté par Dominique TIAN

60

### ARTICLE ADDITIONNEL

Après l'article ~~60~~, insérer l'article suivant :

I- Il est ajouté au Code de la sécurité sociale un article L 162-22-19 ainsi rédigé :

« I. Aucune sanction ne peut être prononcée lorsque les règles de codage ou de facturation en vigueur au moment où ont été réalisées les activités, les prestations ou les séjours ayant fait l'objet du contrôle se heurtent à une difficulté d'interprétation et que les conditions suivantes sont remplies :

« 1° L'établissement a joint aux observations évoquées au premier alinéa de l'article L.162-22-18 du code de la sécurité sociale la copie de la demande, par laquelle il a sollicité de l'autorité administrative, de manière précise et complète, une prise de position sur la question sans obtenir de réponse ;

« 2° L'autorité administrative n'a pas formellement pris position sur la question avant la mise en œuvre du contrôle prévu au deuxième alinéa de l'article L.162-22-18 du code de la sécurité sociale.

« II. Lorsque l'établissement a contesté une notification d'indus prise sur le fondement de l'article L133-4 du code de la sécurité sociale, l'exécution de la sanction ne peut être intervenir avant que la créance de l'assurance maladie soit devenue définitive ».

~~Le présent amendement a pour objet d'introduire une dérogation au pouvoir de sanction du directeur de l'Agence régionale de santé, lorsqu'il est établi qu'un établissement de santé de bonne foi a été confronté à des difficultés d'interprétation des règles de codage et de facturation, qui n'ont pas été résolues par l'assurance maladie.~~

~~Il est par ailleurs nécessaire, dans un souci d'équité et de cohérence juridique, d'articuler le droit afférent aux procédures de notifications d'indus et de sanctions financières en prévoyant qu'un établissement de santé ne puisse être l'objet d'une sanction financière lorsqu'il a contesté une notification d'indus et que la créance de l'assurance maladie n'est pas encore devenue définitive.~~

### EXPOSÉ SOMMAIRE

Le présent amendement a pour objet d'introduire une dérogation au pouvoir de sanction du directeur de l'Agence régionale de santé, lorsqu'il est établi qu'un établissement de santé de bonne foi a été confronté à des difficultés d'interprétation des règles de codage et de facturation, qui n'ont pas été résolues par l'assurance maladie.

Il est par ailleurs nécessaire, dans un souci d'équité et de cohérence juridique, d'articuler le droit afférent aux procédures de notifications d'indus et de sanctions financières en prévoyant qu'un établissement de santé ne puisse être l'objet d'une sanction financière lorsqu'il a contesté une notification d'indus et que la créance de l'assurance maladie n'est pas encore devenue définitive.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur [REDACTED]  
[REDACTED], pour les recettes et l'équilibre  
général**

*Article additionnel après l'article 60*

Après l'article 60, insérer l'article suivant :

L'alinéa 7 de l'article L. 243-5 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« En cas de procédure de sauvegarde ou de redressement ou de liquidation judiciaires, les pénalités, majorations de retard et frais de poursuites dus par le redevable à la date du jugement d'ouverture sont remis, sauf si le passif déclaré résulte en tout ou partie du constat de l'infraction relative au travail dissimulé mentionnée à l'article L. 324-10 du code du travail. »

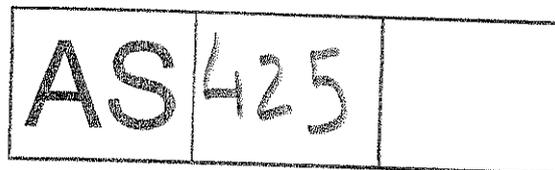
**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Les sanctions à l'égard des entreprises ayant recours au travail dissimulé ont été renforcées au 1<sup>er</sup> janvier 2008. Cependant, il apparaît que les entreprises ne sont pas soumises au même traitement sur le plan des sanctions civiles selon qu'elles sont *in bonis* ou dans le cadre d'une procédure collective de sauvegarde, de redressement ou de liquidation judiciaire.

En effet certaines entreprises disparaissent lorsqu'elles sont convaincues d'avoir eu recours au travail dissimulé. Il est alors impossible de recouvrer les sommes dues, y compris auprès des donneurs d'ordre dans le cadre de la solidarité financière, puisque après une liquidation judiciaire, le passif est amputé de toute majoration, pénalité ou frais de justice.

Il est donc proposé de combler ce vide juridique dans le code de la sécurité sociale en excluant les cas de travail dissimulé du bénéfice de la remise de pénalités ou majorations.

Les fonctions de contrôle sont facturées en proportion des gains réalisés au moyen des redressements et constituent donc un apport de recettes pour le régime général.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur [REDACTED]  
[REDACTED], pour les recettes et l'équilibre  
général**

*Article additionnel après l'article 60*

Après l'article 60, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 243-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 243-3-1 ainsi rédigé :

« *Art L. 243-3-1.*— L'article L. 652-3 est applicable au recouvrement des contributions et cotisations sociales dues au titre de l'emploi de personnel salarié ainsi qu'aux majorations et pénalités y afférentes. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

L'article L. 652-3 prévoit la possibilité pour les organismes de sécurité sociale de recourir à la procédure d'opposition à tiers détenteur. Cette procédure permet d'améliorer le recouvrement des sommes dues au titre des cotisations et contribution sociales en permettant à l'organisme de saisir des sommes détenues par des tiers. Les URSSAF disposent de cette procédure pour le recouvrement des cotisations et contributions sociales des travailleurs indépendants. En revanche, elles ne disposent de cette procédure vis-à-vis des employeurs que dans le cadre du recouvrement de redressements assurés suite à contrôle dans le cadre de la lutte contre le travail dissimulé. Le présent amendement étend la procédure d'opposition à tiers détenteur à l'ensemble des débiteurs des URSSAF dans un souci d'équité et d'amélioration des procédures de recouvrement.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur**  
**[REDACTED], pour les recettes et l'équilibre  
général**

*Article additionnel après l'article 60*

Après l'article 60, insérer l'article suivant :

Après l'article L. 243-7-3 du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 243-7-4 ainsi rédigé :

« Art L. 243-7-4. – Dès lors qu'un procès-verbal de travail illégal a été établi et que la situation et le comportement de l'entreprise ou de ses dirigeants mettent en péril le recouvrement des cotisations dissimulées, l'inspecteur du recouvrement peut dresser un procès verbal de flagrance sociale comportant l'évaluation des cotisations précitées.

« Ce procès-verbal est signé par l'inspecteur et par le responsable de l'entreprise. En cas de refus de signer, mention en est faite au procès-verbal.

« L'original du procès-verbal est conservé par l'organisme chargé du recouvrement, et une copie est notifiée au contrevenant.

« La notification par voie d'huissier de ce procès-verbal permet d'effectuer toute saisie conservatoire, et autorise toute prise de garantie dans la limite des cotisations évaluées par l'inspecteur.

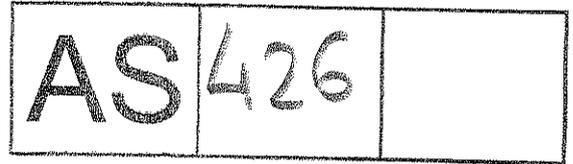
« En cas de contestation, la saisine du juge de l'exécution doit intervenir dans les quinze jours suivant la notification de l'huissier. »

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Les URSSAF disposent de moyens étendus pour lutter contre le travail illégal (sanctions civiles, administratives ou pénales).

Mais elles n'ont à leur disposition aucune procédure de recouvrement rapide et efficace. Le recouvrement effectif des sommes dues et l'obtention d'un titre exécutoire interviennent en moyenne plusieurs mois après le constat d'infraction. Au cours de cette période, l'entreprise organise fréquemment sa disparition après avoir récupéré l'intégralité de l'actif disponible, ce qui limite les sommes effectivement recouvrées.

Cet amendement vise à mettre en place une procédure de flagrance sociale permettant la mise en œuvre de mesures conservatoires tels que les saisies ou les inscriptions de garanties. Cette mesure devrait donc permettre une augmentation du montant des encaissements par la branche recouvrement.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur [REDACTED]  
[REDACTED], pour les recettes et l'équilibre  
général**

*Article additionnel après l'article 60*

Après l'article 60, insérer l'article suivant :

Les III et IV de l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale sont ainsi rédigés :

III. – Le non-respect des obligations prévues aux I et II entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement ou la déclaration a été effectué selon un autre mode de paiement ou de déclaration.

Le non-respect de l'obligation prévue au II *bis* entraîne l'application d'une pénalité correspondant à 0,2 % du montant des sommes dont la déclaration a été effectuée par une autre voie que la voie dématérialisée.

IV. – Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations de sécurité sociale sont applicables aux majorations et pénalités prévues au III.

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

L'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale prévoit une obligation de paiement par virement ou par voie dématérialisée et une obligation de déclaration par voie dématérialisée. Ces obligations incombent aux employeurs les plus importants.

Or, actuellement seul le non respect du paiement par virement ou par voie dématérialisée donne lieu à une majoration. Cet amendement vise donc à instaurer une pénalité sanctionnant le non respect de la déclaration par voie dématérialisée.



**PROJET DE LOI DE FINANCEMENT DE LA SECURITE  
SOCIALE POUR 2011 (N° 2854)**

**Amendement présenté par M. Yves Bur, rapporteur ~~du Comité de la Sécurité Sociale~~, pour les recettes et l'équilibre  
général**

*Article additionnel après l'article 60*

Après l'article 60, insérer l'article suivant :

À l'article 2 de l'ordonnance n° 2004-605 du 24 juin 2004 simplifiant le minimum vieillesse, après les mots : « entrée en vigueur » sont insérés les mots : « sous réserve de l'application des articles L. 815-11, L. 815-12 et R 115-6 du code de la sécurité sociale ».

**EXPOSÉ SOMMAIRE**

Lors de la réforme de simplification du dispositif du minimum vieillesse issue de l'ordonnance du 24 juin 2004, la notion de résidence en France mise en œuvre pour la nouvelle allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) n'a pas été étendue aux anciennes allocations composant le minimum vieillesse qui continuent à être servies à leurs bénéficiaires dans les mêmes conditions qu'auparavant.

Cette absence de cadrage de la notion de résidence en France pour ces anciennes prestations est source d'abus et ne facilite pas les contrôles.

Dans ces conditions, l'objectif de cet amendement est d'étendre aux anciennes allocations composant le minimum vieillesse, qui constituent la grande majorité des prestations versées, la définition de la notion de résidence en France adoptée pour l'ASPA, ainsi que la possibilité de supprimer ces allocations lorsqu'il est constaté que l'une des conditions exigées pour son service n'est pas remplie.