

TEXTE ADOPTE no **567**

“ Petite loi ”

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2000-2001

31 octobre 2000

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2001,

ADOPTE PAR L'ASSEMBLEE NATIONALE EN PREMIÈRE LECTURE.

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

Voir les numéros : **2606, 2631** et **2633**.

Sécurité sociale.

TITRE Ier

ORIENTATIONS ET OBJECTIFS DE LA POLITIQUE DE SANTE ET DE SECURITE SOCIALE

Article 1er

Est approuvé le rapport annexé à la présente loi relatif aux orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et aux objectifs qui déterminent les conditions générales de l'équilibre financier de la sécurité sociale pour l'année 2001.

TITRE II

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES ET AUX TRANSFERTS

Article 2 A (nouveau)

Après le I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, il est inséré un I *bis* ainsi rédigé :

“ I *bis*. – La contribution est établie sur l'assiette correspondant aux cotisations forfaitaires applicables aux catégories de salariés ou assimilés visées par les arrêtés pris en application des articles L. 241-2 et L. 241-3 du présent code et L. 741-13 du code rural, dans leur rédaction en vigueur à la date de publication de la dernière loi de financement de la sécurité sociale. ”

Article 2

I. – A. – La contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale assises sur les revenus d'activité tels que définis au I de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, à l'exception de son deuxième alinéa, ainsi que sur les revenus visés aux 1°, 4°, 5°, 5° *bis* et 6° du II du même article perçus au cours d'un mois civil, font l'objet d'une réduction lorsque le total de ces revenus est inférieur à un plafond fixé à 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 40 %.

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

La réduction est également applicable, selon des modalités fixées par décret, aux contributions dues par les personnes visées aux articles L. 721-1 et L. 771-1 du code du travail et L. 751-1 du code rural, qui relèvent d'un régime de salariés et dont la rémunération n'est pas déterminée en fonction du nombre d'heures de travail.

Dans les professions dans lesquelles le paiement des congés des salariés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de compensation prévues à l'article L. 223-16 du code du travail, la réduction n'est pas applicable aux contributions dues au titre de ces indemnités, sous réserve des dispositions du 3° du B du présent I.

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

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

B. – Pour les revenus perçus au cours de l'année 2001, la réduction prévue au A est égale, dans les limites des contributions dues, au tiers du montant déterminé selon la formule suivante :

19 % x (169 x salaire minimum de croissance majoré de 40 % - revenus)

Pour le calcul de la réduction :

1° Les revenus sont convertis le cas échéant en équivalent temps plein ;

2° Pour les revenus visés au 7° du II de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, le taux de 19 % est réduit à 16,75 % ;

3° Dans les professions dans lesquelles le paiement des congés des salariés et des charges sur les indemnités de congés est mutualisé entre les employeurs affiliés aux caisses de compensation prévues à l'article L. 223-16 du code du travail, la réduction est majorée de 10 % dans la limite des contributions dues ;

4° Lorsqu'il est fait application des dispositions de l'avant-dernier alinéa du A du présent I, la différence entre 169 fois le salaire minimum de croissance majoré de 40 % et les revenus ainsi corrigés est elle-même multipliée par le rapport mentionné à cet alinéa.

C. – Pour les salariés visés à l'article L. 772-1 du code du travail, la réduction peut être calculée sur une base horaire forfaitaire dans des conditions fixées par décret.

Pour les catégories de salariés visées au I *bis* de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale, la réduction peut être calculée selon des modalités et des taux fixés par décret lorsque l'assiette forfaitaire qui leur est applicable n'excède pas les limites fixées au A du présent I.

II. – A. – La contribution sociale généralisée et la contribution pour le remboursement de la dette sociale assises sur les revenus professionnels tels que déterminés par l'application des articles L. 136-3 et L. 136-4 du code de la sécurité sociale font l'objet d'une réduction lorsque ces revenus retenus au titre de la période servant de référence pour le calcul desdites contributions sont inférieurs à un plafond fixé à 2028 fois le salaire minimum de croissance au cours de l'année civile considérée, majoré de 40 %.

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

B. – Pour les revenus professionnels soumis aux contributions dues au titre de l'année 2001, la réduction prévue au A est égale, dans les limites des contributions dues, au tiers du montant déterminé selon la formule suivante :

20 % x (2028 x salaire minimum de croissance majoré de 40 % - revenus)

Pour le calcul de la réduction :

1° Lorsque le revenu est inférieur à un montant égal à 2028 fois le salaire minimum de croissance, la réduction est calculée sur la base de ce montant et proratisée par l'application du rapport entre le revenu et ce montant ;

2° Lorsqu'il est fait application des dispositions du deuxième alinéa du A du présent II, le montant de la réduction est proratisé par l'application du rapport mentionné à cet alinéa.

C. – En cas d'exercice simultané, soit d'une ou plusieurs activités salariées et d'une ou plusieurs activités non salariées, soit de plusieurs activités non salariées, relevant de catégories différentes au regard de l'impôt sur le revenu, les dispositions des A et B du présent II s'appliquent en prenant en compte l'ensemble des revenus soumis aux contributions, selon des modalités fixées par décret.

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

III. – *Supprimé*

Article 3

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

1° Le deuxième alinéa du I est ainsi rédigé :

“ Cette contribution est assise sur les revenus visés et dans les conditions prévues aux articles L. 136-2 à L. 136-4 et au III de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale. ” ;

2° Le dernier alinéa du I et les 1° à 6° du II sont abrogés ;

3° Dans la première phrase du premier alinéa du III, la référence : “ 6° ” est supprimée.

Article 3 bis (nouveau)

I. – Le V de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est complété par une phrase ainsi rédigée :

“ Cette indemnité de cessation d'activité est exclue de l'assiette des cotisations de sécurité sociale. ”

II. – Le III de l'article L. 136-2 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

“ 7° L'indemnité de cessation d'activité visée au V de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998). ”

Article 3 ter (nouveau)

I. – Le premier alinéa du III de l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

“ Le produit de cette contribution est versé à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale sans déduction d'une retenue pour frais d'assiette et de perception. ”

II. – Les articles L. 133-1 et L. 135-5 du code de la sécurité sociale, le III de l'article 1647 du code général des impôts et l'article 8 de l'ordonnance n° 96-50 du 24 janvier 1996 précitée sont abrogés.

III. – La taxe sur la valeur ajoutée est majorée à due concurrence.

Article 4

I. – Après l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, il est rétabli un article L. 136-9 ainsi rédigé :

“ *Art. L. 136-9.* – La diminution de ressources résultant de la réduction de la contribution sociale généralisée

prévue à l'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° du) est compensée intégralement chaque année par l'Etat aux régimes obligatoires de base de sécurité sociale et aux organismes créés pour concourir à leur financement, dans les conditions fixées par la loi de financement de la sécurité sociale et la loi de finances. ”

I *bis (nouveau)*. – Le deuxième alinéa de l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : “ et de l'article L. 136-9 ”.

II. – A l'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale, après la référence : “ L. 136-7-1, ”, sont insérés les mots : “ par une fraction des sommes allouées en application de l'article L. 136-9, ”.

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

“ 6° Une fraction des sommes allouées en application de l'article L. 136-9. ”

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

“ 5° Une fraction des sommes allouées en application de l'article L. 136-9 ; ”.

V. – Dans les conditions fixées par l'article 17 de la loi de finances pour 2001 (n° du), et en application de l'article L. 136-9 du code de la sécurité sociale, une fraction du produit de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance visée à l'article 991 du code général des impôts est ainsi répartie :

– 20,8 % à la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés ;

– 4,4 % à la Caisse nationale des allocations familiales ;

– 4,6 % au fonds visé à l'article L. 135-1 du code de la sécurité sociale.

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

Article 4 bis (nouveau)

I. – L'article L. 213-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

“ En matière de contrôle, une union de recouvrement peut déléguer à une autre union ses compétences dans des conditions fixées par décret. ”

II. – Sous réserve des décisions juridictionnelles passées en force de chose jugée, sont validés sur le plan procédural les contrôles en cours ou clos et susceptibles de recours, dès lors qu'ils ont été effectués par des unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales pour le compte d'autres unions pour le recouvrement des cotisations de sécurité sociale et d'allocations familiales.

Article 5

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

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

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

“ *Art. L. 731-19.* – Par dérogation aux dispositions du premier alinéa de l'article L. 731-15, les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles peuvent, dans des conditions fixées par décret, opter pour une assiette de cotisations constituée de leurs revenus professionnels tels que définis à l'article L. 731-14 et afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle les cotisations sont dues. ”

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

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

“ Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles ayant dénoncé l'option ne peuvent ultérieurement demander l'application des dispositions prévues à l'article L. 731-19, avant un délai de six ans après cette dénonciation. ”

IV. – A titre transitoire, au titre de 2001, pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise ayant exercé l'option, prévue à l'article 32 de la loi n° 94-114 du 10 février 1994 portant diverses dispositions concernant l'agriculture, pour une assiette de cotisations sociales constituées par les revenus professionnels afférents à l'année au titre de laquelle ces cotisations sont dues, la régularisation des cotisations provisionnelles dues au titre de l'année 2000 est effectuée lorsque les revenus professionnels sont définitivement connus.

V. – Les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles ayant exercé l'option prévue à l'article 13 de la loi n° 91-1407 du 31 décembre 1991 modifiant et complétant les dispositions du code rural et de la loi n° 90-85 du 23 janvier 1990 relatives aux cotisations sociales agricoles et créant un régime de préretraite agricole ou à l'article 35 de la loi n° 93-121 du 27 janvier 1993 portant diverses mesures d'ordre social ou à l'article 32 de la loi n° 94-114 du 10 février 1994 précitée perdent le bénéfice de ladite option le 1er janvier 2001. L'assiette de leurs cotisations est déterminée selon les modalités prévues à l'article L. 731-15 du code rural.

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

VI (*nouveau*). – Les articles L. 731-20 et L. 731-22 du code rural sont abrogés à compter du 1er janvier 2001.

VII (*nouveau*). – L'article L. 731-223 du code rural est ainsi rédigé :

“ *Art. L. 731-23.* – Les personnes qui dirigent une exploitation ou une entreprise agricoles dont l'importance est inférieure à celle définie à l'article L. 722-5 et supérieure à un minimum fixé par décret ont à leur charge une cotisation de solidarité calculée en pourcentage de leurs revenus professionnels définis à l'article L. 731-14, afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la cotisation est due ou à défaut sur une assiette forfaitaire provisoire déterminée dans des conditions fixées par décret. Cette assiette forfaitaire est régularisée lorsque les revenus sont connus. Le taux de la cotisation est fixé par décret. ”

VIII (*nouveau*). – Dans la première phrase de l'article L. 731-24 du code rural, les mots : “ ces revenus ” sont remplacés par les mots : “ leurs revenus professionnels afférents à l'année précédant celle au titre de laquelle la cotisation est due ”.

Article 5 bis (*nouveau*)

Au début de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 731-13 du code rural, le mot : " trois " est remplacé par le mot : " cinq ".

Article 6

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

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

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

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

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

3° Le II est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

4° Le III est ainsi rédigé :

“ III. – Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles dont l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation prévue à l'article L. 312-6 du

code rural, l'assiette forfaitaire prévue au a du II est égale au produit de ce pourcentage par le tiers de 2028 fois le montant du salaire minimum de croissance, sans que l'assiette puisse être inférieure à 800 fois le montant du salaire minimum de croissance ou supérieure à 2028 fois le montant du salaire minimum de croissance. ” ;

5° Le IV est ainsi rédigé :

“ IV. – Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles dont l'importance de l'exploitation ou de l'entreprise ne peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation, l'assiette forfaitaire prévue au a du II est égale à 1000 fois le montant du salaire minimum de croissance.

“ Pour les chefs d'exploitation ou d'entreprise agricoles qui débutent simultanément deux activités agricoles non salariées dont l'une ne peut être appréciée en pourcentage de la surface minimum d'installation, à l'élément d'assiette déterminé au III s'ajoute, au titre de la seconde activité, 800 fois le montant du salaire minimum de croissance, sans que le montant total de l'assiette puisse être supérieur à 2028 fois le salaire minimum de croissance. ” ;

6° Le V est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Article 7

I. – A. – Dans l'article L. 651-7 du code de la sécurité sociale, les mots : “ et L. 243-3, du premier alinéa de l'article L. 243-6, de l'article L. 243-14, des articles ” sont remplacés par la référence : “ , L. 243-14, ”.

B. – L'article L. 651-6 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

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

Article 8

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

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

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

Article 9

I. – Au I de l'article 19 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail, après les mots : “ soit à 1 600 heures sur l'année ”, sont insérés les mots : “ ou à la durée considérée comme équivalente en application du dernier alinéa de l'article L. 212-4 du code du travail ”.

I bis (nouveau). – Le IX de l'article 19 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 précitée est complété par un alinéa ainsi rédigé :

“ – les entreprises qui appliquent une convention ou un accord de branche étendu ou un accord d'entreprise ou d'établissement soumis aux dispositions de l'article L. 132-26 du code du travail conclu avant la date d'entrée en vigueur de la présente loi réduisant la durée collective du travail au plus à la durée considérée comme équivalente à la durée prévue au I en application de dispositions réglementaires ou conventionnelles. ”

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

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

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

2° Le IV est ainsi modifié :

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

b) A la première phrase du deuxième alinéa, après les mots : “ à la durée collective du travail applicable ”, sont insérés les mots : “ ou à la moitié de la durée prise en compte pour l’application du quatrième alinéa du III ”.

III. – Au deuxième alinéa du I de l’article 3 de la loi n° 98-461 du 13 juin 1998 d’orientation et d’incitation relative à la réduction du temps de travail, les mots : “ au niveau de la durée légale fixée par l’article L. 212-1 *bis* du code du travail ” sont remplacés par les mots : “ au niveau de la durée légale fixée par l’article L. 212-1 du code du travail ou de la durée considérée comme équivalente en application du dernier alinéa de l’article L. 212-4 du code du travail ou de dispositions réglementaires ou conventionnelles antérieures à l’entrée en vigueur de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail ”.

Article 10

I. – L’article L. 131-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

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

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

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

II. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur au 1er janvier 2001.

Article 11

I. – Le 1° de l’article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“ 1° Une fraction égale à 96,8 % du produit du droit de consommation visé à l’article 575 du code général des impôts ; ”.

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

III. – Le septième alinéa de l’article L. 241-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

“ 1° Une fraction égale à 2,81 % du droit de consommation prévu à l’article 575 du code général des impôts ; ”.

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

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

IV *bis* (nouveau). – Le troisième alinéa (2°) de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale est supprimé.

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

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

VI. – A. – *Supprimé*

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

“ 5° *bis* Une fraction de la taxe spéciale sur les conventions d'assurances visée à l'article 991 du code général des impôts, dans les conditions fixées par la loi de financement de la sécurité sociale et la loi de finances ; ”.

C. – Pour l'année 2001, la fraction visée au 5° *bis* de l'article L. 131-10 du code de la sécurité sociale est égale à 14,1 %.

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

VIII. – Les dispositions du IV s'appliquent aux sommes reçues à compter du 1er janvier 2000.

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

Article 12

I. – A. – Au IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale, le taux : “ 1,3 % ” est remplacé par le taux : “ 1,15 % ” et les mots : “ 5,1 % ou de 3,8 % pour les revenus visés au II et au III ” par les mots : “ 5,25 % pour les revenus visés au I, de 3,95 % pour les revenus visés au II ou de 3,8 % pour les revenus visés au III ”. La référence à l'article L. 139-2 est remplacée par la référence à l'article L. 139-1.

B. – Au deuxième alinéa (1°) de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, le taux : “ 1,3 % ” est remplacé par le taux : “ 1,15 % ”.

C. – L'article 154 *quinquies* du code général des impôts est ainsi modifié :

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

2° Au II, les mots : “ pour la fraction affectée en application du IV de l'article L. 136-8 du code de la sécurité sociale au financement des régimes obligatoires d'assurance maladie ” sont remplacés par les mots : “ à hauteur de 5,1 points ”.

II. – Les dispositions du I sont applicables :

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

2° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-6 du code de la sécurité sociale, à

compter de l'imposition des revenus de 2000 ;

3° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée à l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale, aux produits de placement sur lesquels est opéré à partir du 1er janvier 2001 le prélèvement prévu à l'article 125 A du code général des impôts et aux revenus assujettis en application du II de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale à compter de cette même date ;

4° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au I de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, aux tirages, événements sportifs et émissions postérieurs au 31 décembre 2000 ;

5° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au II de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, sur les sommes engagées à compter du 1er janvier 2001 ;

6° En ce qu'elles concernent la contribution mentionnée au III de l'article L. 136-7-1 du code de la sécurité sociale, sur le produit brut des jeux et sur les gains réalisés à compter du 1er janvier 2001 ;

7° En ce qu'elles concernent la déductibilité partielle de la contribution sociale généralisée prévue par l'article 154 *quinquies* du code général des impôts, à la détermination des bases d'imposition des revenus à compter de l'année 2001.

Article 13

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

(En milliards de francs.)

Cotisations effectives	1 085,2
Cotisations fictives	201,3
Contributions publiques	67,8
Impôts et taxes affectés	554,0
Transferts reçus	2,6
Revenus des capitaux	3,2
Autres ressources	58,3
Total des recettes	1 972,4

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES ET A LA TRESORERIE

Section 1

Branche famille

Article 14

I. – Au chapitre Ier du titre IV du livre VIII du code de la sécurité sociale, l'article L. 841-1 est ainsi modifié :

1° Le II est ainsi rédigé :

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

2° Il est ajouté un III ainsi rédigé :

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

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

Article 15

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

“ 11° L'allocation de présence parentale. ”

II. – Le titre IV du livre V du code de la sécurité sociale est complété par un chapitre IV ainsi rédigé :

“ CHAPITRE IV

“ Allocation de présence parentale

“ *Art. L. 544-1.* – Une allocation de présence parentale est attribuée à la personne qui interrompt ou réduit son activité professionnelle dans les conditions prévues à l'article L. 122-28-9 du code du travail, lorsque l'enfant dont

elle assume la charge est atteint d'une maladie ou d'un handicap graves ou est victime d'un accident grave nécessitant une présence soutenue ou des soins contraignants pendant une durée prévisible minimale fixée par décret qui peut varier selon les pathologies.

“ Ces dispositions sont également applicables à la personne qui interrompt ou réduit son activité professionnelle dans les conditions prévues aux articles 37 *bis* et 54 *bis* de la loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat, 60 *bis* et 75 *bis* de la loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale ainsi que celles prévues aux articles 46-1 et 64-1 de la loi n° 86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière.

“ *Art. L. 544-2.* – Le montant de l'allocation varie en fonction de la durée d'activité restante appréciée par rapport à la durée légale du travail ou la durée considérée comme équivalente ou la durée fixée conventionnellement dans l'entreprise. Le montant de la prestation est majoré pour la personne assumant seule la charge de l'enfant, dans des conditions fixées par décret.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- “ 4° Les indemnités servies aux demandeurs d’emploi ;
- “ 5° Un avantage personnel de vieillesse ou d’invalidité ;
- “ 6° L’allocation parentale d’éducation ;
- “ 7° Le complément d’allocation d’éducation spéciale perçu pour le même enfant ;
- “ 8° L’allocation aux adultes handicapés.

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

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

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

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

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

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

“ La personne bénéficiaire de l’allocation de présence parentale à taux partiel est affiliée à l’assurance vieillesse du régime général de sécurité sociale, sous réserve que ses ressources ou celles du ménage soient inférieures à un plafond fixé par décret. ”

V. – Au chapitre Ier du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est créé un article L. 161-9-1 ainsi rédigé :

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

VI. – Le chapitre V du livre VII du code de la sécurité sociale est complété par une section 14 ainsi rédigée :

“ *Section 14*

“ *Allocation de présence parentale*

“ *Art. L. 755-33.* – L’allocation de présence parentale est attribuée dans les départements mentionnés à l’article L. 751-1. ”

VII. – A la section 5 du chapitre II du titre II du livre Ier du code du travail, l'article L. 122-28-9 est ainsi rédigé :

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

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

“ Le salarié doit envoyer à son employeur, au moins quinze jours avant le début du congé ou du travail à temps partiel, une lettre recommandée avec demande d'avis de réception l'informant de sa volonté de bénéficier des dispositions du premier alinéa du présent article, ainsi qu'un certificat médical établi selon les modalités fixées par décret en Conseil d'Etat.

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

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

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

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

IX (*nouveau*). – La loi n° 84-16 du 11 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique de l'Etat est ainsi modifiée :

1° Le 6° de l'article 32 est complété par les mots : “ et congé de présence parentale ” ;

2° Dans le deuxième alinéa de l'article 37 *bis*, les mots : “ service à mi-temps ” sont remplacés par les mots : “ service à temps partiel ” ;

3° L'intitulé de la section 6 du chapitre V est complété par les mots : “ et congé de présence parentale ” ;

4° Il est inséré, après l'article 54, un article 54 *bis* ainsi rédigé :

“ *Art. 54 bis.* – Le congé de présence parentale est la position du fonctionnaire qui est placé hors de son administration ou service d'origine lorsque la maladie, l'accident ou le handicap graves d'un enfant à charge, appréciés selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, nécessite la présence de sa mère ou de son père auprès de lui.

“ Ce congé non rémunéré est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire, pour une durée initiale de quatre mois au plus ; il peut être prolongé deux fois, dans la limite d’un an.

“ Dans cette position, le fonctionnaire conserve ses droits à l’avancement d’échelon, réduits de moitié, ainsi que la qualité d’électeur lors de l’élection des représentants du personnel au sein de la commission administrative paritaire. Il n’acquiert pas de droits à la retraite.

“ A l’issue du congé de présence parentale ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l’enfant, le fonctionnaire est réintégré de plein droit, au besoin en surnombre, dans son corps d’origine. Il est réaffecté dans son ancien emploi. Dans le cas où celui-ci ne peut lui être proposé, le fonctionnaire est affecté dans un emploi le plus proche de son dernier lieu de travail. S’il le demande, il peut également être affecté dans un emploi le plus proche de son domicile sous réserve de l’application de l’article 60 ci-dessous.

“ Un décret en Conseil d’Etat fixe les modalités d’application du présent article. ”

X (*nouveau*). – La loi n° 84-53 du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale est ainsi modifiée :

1° Le 6° de l’article 55 est complété par les mots : “ et congé de présence parentale ” ;

2° L’intitulé de la section 6 du chapitre V est complété par les mots : “ et congé de présence parentale ” ;

3° Dans le deuxième alinéa de l’article 60 *bis*, les mots : “ service à mi-temps ” sont remplacés par les mots : “ service à temps partiel ” ;

4° Il est inséré, après l’article 75, un article 75 *bis* ainsi rédigé :

“ *Art. 75 bis.* – Le congé de présence parentale est la position du fonctionnaire qui est placé hors de son administration ou service d’origine lorsque la maladie, l’accident ou le handicap graves d’un enfant à charge, appréciés selon les modalités définies par décret en Conseil d’Etat, nécessite la présence de sa mère ou de son père auprès de lui.

“ Ce congé non rémunéré est accordé de droit sur demande écrite du fonctionnaire pour une durée initiale de quatre mois au plus et peut être prolongé deux fois, dans la limite d’un an.

“ Dans cette position, le fonctionnaire conserve ses droits à l’avancement d’échelon, réduits de moitié, ainsi que la qualité d’électeur lors de l’élection des représentants du personnel au sein de la commission administrative paritaire. Il n’acquiert pas de droits à la retraite

“ A l’issue du congé de présence parentale, ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l’enfant, le fonctionnaire est réintégré de plein droit, au besoin en surnombre, dans sa collectivité ou établissement d’origine, sur sa demande et à son choix, dans son ancien emploi ou dans un emploi le plus proche de son dernier lieu de travail ou de son domicile lors de sa réintégration, lorsque celui-ci a changé pour assurer l’unité de la famille. ” ;

5° Dans le deuxième alinéa de l’article 136, les mots : “ des articles 59,75, 100 ” sont remplacés par les mots : “ des articles 59, 75, 75 *bis*, 100 ”.

XI (*nouveau*). – La loi n°86-33 du 9 janvier 1986 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique hospitalière est ainsi modifiée :

1° Le 6° de l’article 39 est complété par les mots : “ et congé de présence parentale ” ;

2° Dans le deuxième alinéa de l’article 46-1, les mots : “ service à mi-temps ” sont remplacés par les mots : “

service à temps partiel ” ;

3° L'intitulé de la section 6 du chapitre IV est complété par les mots : “ et congé de présence parentale ” ;

4° Il est inséré, après l'article 64, un article 64-1 ainsi rédigé :

“ *Art. 64-1.* – Le congé de présence parentale est la position du fonctionnaire qui est placé hors de son établissement d'origine lorsque la maladie, l'accident ou le handicap graves d'un enfant à charge, appréciés selon des modalités définies par décret en Conseil d'Etat, nécessite la présence de sa mère ou de son père auprès de lui.

“ Ce congé non rémunéré est accordé de droit, sur demande écrite du fonctionnaire, pour une durée initiale de quatre mois au plus ; il peut être prolongé deux fois, dans la limite d'un an.

“ Dans cette position, le fonctionnaire conserve ses droits à l'avancement d'échelon, réduits de moitié, ainsi que la qualité d'électeur lors de l'élection des représentants du personnel au sein de la commission administrative paritaire. Il n'acquiert pas de droits à la retraite.

“ A l'issue du congé de présence parentale ou en cas de diminution des ressources du ménage ou en cas de décès de l'enfant, le fonctionnaire est réintégré de plein droit, au besoin en surnombre, dans son établissement d'origine.

“ Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article. ”

Article 16

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

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

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

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

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

Article 17

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

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

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

Article 18

Il est créé, à compter du 1er janvier 2001, au sein du Fonds national d'action sanitaire et sociale de la Caisse nationale des allocations familiales, un fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance.

Ce fonds a pour objet d'apporter aux collectivités locales et aux associations gestionnaires des aides à la création d'équipements ou services d'accueil de la petite enfance, notamment pour la création de crèches innovantes et de structures multi-accueil.

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

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

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

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

Section 2

Branche vieillesse

Article 19 A (nouveau)

La loi n° 97-277 du 25 mars 1997 créant les plans d'épargne retraite est abrogée.

Article 19

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

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

Article 19 bis (nouveau)

I. – Au premier alinéa de l'article L. 356-1 du code de la sécurité sociale, les mots : “ et de nombre d'enfants à charge ou élevés ” sont supprimés.

II. – Au cinquième alinéa du même article, les mots : “ , de nombre d'enfants ” sont supprimés.

Article 20

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

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

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

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

“ Le contenu et les modalités de gestion et d’utilisation de ce répertoire sont fixés par décret en Conseil d’Etat.
”

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

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

III (*nouveau*). – Une synthèse des données du répertoire national des retraites et des pensions et de l’échantillon inter-régimes de cotisants est transmise, tous les deux ans, au Parlement et au Conseil d’orientation des retraites.

Article 21

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

Article 22

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

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

a) Les cotisations dues à compter du 1er janvier 1999 au titre des périodes de perception des allocations

spéciales du fonds national pour l'emploi visées au 2° de l'article L. 322-4 du code du travail, des allocations de préretraite progressive visées au 3° du même article, des allocations de solidarité spécifique visées à l'article L. 351-10 du même code ;

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

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

IV. – Au premier alinéa de l'article L. 135-3 du code de la sécurité sociale, après les mots : “ mentionnées à l'article L. 135-2 ”, sont insérés les mots : “ et de l'article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° du)”.

Article 23

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

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

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

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

Article 24

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

“ II. – Le produit des prélèvements mentionnés au I est ainsi réparti :

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

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

“ – 30 % à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés. ”

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

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

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

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

Article 25

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

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

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

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

“ 6° Toute autre ressource affectée au fonds de réserve en vertu de dispositions législatives ;

“ 7° Le produit des placements effectués au titre du fonds de réserve. ”

Article 26

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

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

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

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

Article 27

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

Section 3

Branche maladie

Article 28

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

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

maternité, celles prévues à l'article L. 331-2.

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

“ Les assurés malades ou blessés de guerre, relevant du présent livre, qui bénéficient, au titre de la législation des pensions militaires, d'une pension d'invalidité sont dispensés pour eux personnellement du pourcentage de participation aux frais médicaux, pharmaceutiques et autres pour les maladies, blessures ou infirmités non mentionnées par la législation sur les pensions militaires. ”

B. – Au chapitre V du titre Ier du livre VI du code de la sécurité sociale, la sous-section 2 de la section 3 est abrogée.

C. – La sous-section 3 de la section 3 du chapitre V du titre Ier du livre VI du même code, qui devient la sous-section 2, est intitulée : “ Dispositions particulières relatives à l'assurance maternité ”.

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

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

III. – A l'article L. 615-12 du code de la sécurité sociale, après la référence : “ L. 322-1 ”, est insérée la référence : “ L. 324-1 ”.

Article 29

L'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans la première phrase du premier alinéa du I, les mots : “ Pendant une durée de cinq ans à compter de la publication de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 ” sont remplacés par les mots : “ Jusqu'au 31 décembre 2006 ”.

2° (*nouveau*) Le sixième alinéa du I est remplacé par trois alinéas ainsi rédigés :

“ Les projets d'expérimentation peuvent être présentés par toute personne physique ou morale. Leur agrément est prononcé compte tenu de leur intérêt médical et économique, dans les conditions suivantes :

“ – les projets d'intérêt régional sont agréés par la commission exécutive de l'agence régionale de l'hospitalisation, sur rapport du directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie ;

“ – les autres projets sont agréés par les ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé après avis d'un conseil d'orientation comprenant notamment des représentants des organismes d'assurance maladie ainsi que des professionnels et établissements de santé. ” ;

3° (*nouveau*) Au premier alinéa du II, les mots : “ il peut être dérogé ” sont remplacés par les mots : “ la décision d'agrément peut déroger ” ;

4° (*nouveau*) Au II, le 1° est ainsi rédigé :

“ 1° Articles L. 162-5, L. 162-5-9, L. 162-9, L. 162-11, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 en tant qu’ils concernent les tarifs, honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels de santé par les assurés sociaux ; ”

5° (*nouveau*) Le III est remplacé par un III, un IV et un V ainsi rédigés :

“ III. – La décision d’agrément de tout réseau de santé doté de la personnalité morale peut en outre autoriser l’assurance maladie à financer tout ou partie des dépenses du réseau, y compris les frais exposés pour organiser la coordination et la continuité des soins ainsi que les produits et prestations qu’ils délivrent, sous la forme d’un règlement forfaitaire. Dans cette hypothèse, la part financée par l’assurance maladie est versée directement à la structure gestionnaire du réseau. Le niveau et les modalités de versement de ce règlement ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux sont fixés par la décision d’agrément.

“ IV. – Les dépenses mises à la charge de l’ensemble des régimes obligatoires de base d’assurance maladie qui résultent de l’application des dispositions du présent article sont prises en compte dans l’objectif national de dépenses d’assurance maladie visé au 4° du I de l’article L.O. 111-3.

“ V. – Les modalités d’application du présent article sont fixées par décret en Conseil d’Etat. ”

Article 30

I. – *Supprimé*

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

Article 31

.....Supprimé

Article 31 bis (*nouveau*)

Le dernier alinéa du II de l’article L. 162-15-3 du code de la sécurité sociale est complété par deux phrases ainsi rédigées :

“ Le rapport transmis au plus tard le 15 novembre établit également un bilan des dépenses pour l’année en cours ainsi que des annexes modificatives et des mesures mentionnées prises en vertu de l’article L. 162-15-2. Les annexes et, le cas échéant, les mesures mentionnées à l’article L. 162-15-2 accompagnant ce rapport tiennent compte de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie visé au 4° du I de l’article L.O. 111-3 proposé dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale déposé pour l’année suivante à l’Assemblée nationale. ”

Article 32

I. – Les ressources de l’Agence technique de l’information sur l’hospitalisation sont constituées notamment par :

1° Des subventions de l’Etat, ainsi que, le cas échéant, des subventions d’établissements publics de l’Etat, d’autres collectivités publiques ou de leurs établissements publics, des organismes de sécurité sociale, de l’Union

européenne ou des organisations internationales ;

2° Une dotation globale versée dans les conditions prévues par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale ; un décret en Conseil d'Etat détermine notamment les modalités de fixation et de révision de cette dotation globale par l'autorité compétente de l'Etat ;

3° Le produit des redevances de services rendus ;

4° Les produits divers, dons et legs.

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

Article 33

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

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

A ce titre, il participe au financement :

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

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

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

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

IV. – Les ressources du fonds sont constituées par une participation des régimes obligatoires d'assurance maladie dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale et, pour 2001, à 300 millions de francs. La répartition entre les différents régimes est effectuée dans les conditions définies par l'article L. 174-2 du code de la sécurité sociale.

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

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

VI. – L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1998 (n° 97-1164 du 19 décembre 1997)

est abrogé à compter de la publication du décret mentionné au V.

Article 34

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

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

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

3° Après le 2°, sont insérés un 3° et un 4° ainsi rédigés :

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

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

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

II. – Le deuxième alinéa de l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

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

III. – Au premier alinéa du I de l'article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale, après les mots : “ les tarifs des prestations ”, sont insérés les mots : “ ainsi que les forfaits annuels ”.

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

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

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

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

“ La répartition des sommes versées aux établissements de santé mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique au titre de l'alinéa précédent, entre les différents régimes obligatoires d'assurance maladie, est

effectuée chaque année au prorata des dépenses supportées par chacun de ces régimes pour lesdits établissements au titre de l'exercice précédent, dans des conditions déterminées par décret en Conseil d'Etat. ”

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

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

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

Article 35

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

Article 36

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

“ *Art. L. 174-15.* – Les dépenses du service de santé des armées prises en compte dans l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article L.O. 111-3 sont financées sous la forme d'une dotation globale annuelle. Il en va de même de celles de l'Institution nationale des invalides. Chaque année, le montant de chacune de ces dotations globales qui présente un caractère limitatif est fixé par les ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale en fonction de l'objectif prévisionnel d'évolution des dépenses des établissements de santé défini par l'article L. 174-1-1. Chacune de ces dotations globales est versée pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie par une caisse-pivot désignée par arrêté interministériel. Pour la répartition entre les régimes d'assurance maladie, les sommes versées au service de santé des armées et à l'Institution nationale des invalides s'ajoutent à celles prévues au deuxième alinéa de l'article L. 174-2.

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

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

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

III. – Le deuxième alinéa de l'article L. 174-1-1 du même code est complété par une phrase ainsi rédigée :

“ Certaines des dépenses incluses dans l'objectif national mentionnées au premier alinéa peuvent ne pas être incluses dans ces dotations régionales. ”

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

Article 36 bis (nouveau)

Après le premier alinéa de l'article L. 6211-5 du code de la santé publique, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

“ Toutefois, les prélèvements que sont habilités à effectuer les professionnels de santé, les établissements de santé et les centres de santé ne disposant pas de laboratoire d'analyses de biologie médicale peuvent être transmis

aux laboratoires d'analyses de biologie médicale, dans des conditions définies par décret en Conseil d'Etat. ”

Article 37

I. – Aux interventions définies à l'article 1er de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales s'ajoute l'hébergement, à titre temporaire, des personnes en situation de précarité nécessitant un traitement et un suivi médical, psychologique et social, infectées par le virus de l'immunodéficience humaine, ou atteintes par des maladies chroniques sévères.

II. – Les appartements de coordination thérapeutique assurant les missions définies au I du présent article relèvent des dispositions de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée.

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

Les modalités d'application des I, II et III du présent article sont fixées par décret en Conseil d'Etat.

IV. – Les gestionnaires d'appartements de coordination thérapeutique bénéficiaires d'un agrément sur le fondement de l'article L. 162-31 du code de la sécurité sociale à la date de publication de la présente loi disposent, à compter de cette même date, d'un délai d'un an pour solliciter l'autorisation mentionnée à l'article 9 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée et selon la procédure fixée par l'article 3 de la même loi. L'agrément devient caduc si cette autorisation n'a pas été sollicitée à l'expiration de ce délai.

V. – Les centres mentionnés au 9° de l'article 3 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 précitée peuvent assurer leurs missions dans les centres mentionnés à l'article 185 du code de la famille et de l'aide sociale.

Article 38

I. – Après le deuxième alinéa de l'article L. 5122-6 du code de la santé publique, sont insérés trois alinéas ainsi rédigés :

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

“ a) Que le médicament ne soit pas soumis à prescription médicale et que son autorisation de mise sur le marché ou son enregistrement ne comporte pas de restriction en matière de publicité auprès du public en raison d'un risque possible pour la santé publique ;

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

II (*nouveau*). – Le troisième alinéa (2°) de l'article L. 5422-5 du code de la santé publique est complété par les mots : “ , sauf dans le cas prévu au troisième alinéa de l'article L. 5122-6 ”.

Article 39

I. – Au début de la quatrième partie du code de la santé publique, avant le livre Ier, il est inséré un livre préliminaire ainsi rédigé :

“ LIVRE PRELIMINAIRE

“ INFORMATION DES PROFESSIONNELS DE SANTE

“ CHAPITRE UNIQUE

*“ Fonds de promotion de l’information médicale
et médico-économique*

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

“ Le fonds finance ou participe au financement d’actions d’information et de communication en matière de bon usage des produits de santé et de stratégie thérapeutique, notamment de prescription et de dispensation médicamenteuse, arrêtées dans des conditions fixées par décret.

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

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

II. – Les dispositions prévues à l’article L. 4001-2 du code de la santé publique sont applicables à la contribution perçue à compter du 1er décembre 2000.

III (*nouveau*). – D’ici au 1er janvier 2003, l’Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé mettra en œuvre une banque de données administratives et scientifiques sur les médicaments et les dispositifs médicaux visés à l’article L. 165-1 du code de la sécurité sociale, destinée à servir de référence pour l’information des professionnels de santé et des administrations compétentes en matière de produits de santé. Cette base sera rendue accessible au public dans des conditions fixées par décret. Le financement de l’élaboration et du fonctionnement de la banque de données sera assuré sans contribution des entreprises de fabrication, d’exploitation et de distribution des produits de santé.

Article 40

I. – L’article L. 138-1 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : “ , à l’exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 du Parlement européen et du Conseil, du 16 décembre 1999, concernant les médicaments orphelins ”.

II. – Au premier alinéa de l’article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, après les mots : “ inscrits sur la liste mentionnée à l’article L. 162-17 ” et les mots : “ au titre des médicaments inscrits sur ladite liste ”, sont insérés

les mots : “ à l’exception des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité ”.

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

IV. – Au premier alinéa de l’article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : “ spécialités génériques définies à l’article L. 5121-1 du code de la santé publique ”, sont insérés les mots : “ et des médicaments orphelins désignés comme tels en application des dispositions du règlement (CE) n° 141/2000 précité ”.

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

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

VI. – Les dispositions du I et du V s’appliquent au chiffre d’affaires réalisé à compter du 1er janvier 2001. Les dispositions du II s’appliquent à compter de la contribution due au titre de l’année 2001. Les dispositions du III s’appliquent à compter de la contribution due le 1er décembre 2001. Les dispositions du IV s’appliquent à compter de la taxe perçue au titre de l’année 2001.

Article 41

I. – Pour le calcul de la contribution due au titre de l’année 2001 en application du premier alinéa de l’article L. 138-10 du code de la sécurité sociale, le taux de 3 % est substitué au taux K mentionné dans le tableau figurant au deuxième alinéa du même article.

II. – Le tableau du deuxième alinéa du même article est ainsi rédigé :

Taux d'accroissement du chiffre d'affaires T de l'ensemble des entreprises redevables	Taux de la contribution globale exprimé en pourcentage de l'écart entre le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile et le chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours de l'année civile précédente majoré du taux K
T supérieur à K (*) et/ou égal à K + 0,5 point	50 %
T supérieur à K + 0,5 point et inférieur ou égal à K + 1 point	60 %
T supérieur à K + 1 point et plus	70 %

(*) K = taux de progression de l’objectif national de dépenses d’assurance maladie arrondi à la décimale la plus proche.

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

Article 41 bis (nouveau)

I. – L'article L. 138-2 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Au *a*, le pourcentage : “ 1,72 % ” est remplacé par le pourcentage : “ 2,17 % ” ;

2° Au *b*, le pourcentage : “ 1,57 % ” est remplacé par le pourcentage : “ 2,02 % ” ;

3° Au *c*, le pourcentage : “ 1,42 % ” est remplacé par le pourcentage : “ 1,87 % ” ;

4° Au *d*, le pourcentage : “ 1,22 % ” est remplacé par le pourcentage : “ 1,67 % ” ;

5° Au *e*, le pourcentage : “ 0,97 % ” est remplacé par le pourcentage : “ 1,42 % ” ;

6° Au *f*, le pourcentage : “ 0,72 % ” est remplacé par le pourcentage : “ 1,17 % ” ;

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent au chiffre d'affaires réalisé à compter du 1er octobre 2000.

Article 41 ter (nouveau)

I. – L'article L. 165-6 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Dans le deuxième alinéa, les mots : “ dispositifs médicaux à usage individuel ” sont remplacés par les mots : “ produits ou prestations de santé mentionnés à l'article L. 165-1 ” et le mot : “ dispositif ” est remplacé par les mots : “ produit ou prestation ” ;

2° Au premier alinéa, après les mots : “ prix maximum pratiqués ”, sont insérés les mots : “ , sous réserve que ces produits ou prestations ne fassent pas l'objet d'un arrêté pris en application de l'article L. 165-3, ” ;

3° Au troisième alinéa, après les mots : “ un arrêté fixe ”, sont insérés les mots : “ , après avis du Comité économique des produits de santé, ” ;

4° Au dernier alinéa, les mots : “ prévues par cet arrêté ” sont remplacés par les mots : “ à cet arrêté ” ;

5° Il est ajouté un alinéa ainsi rédigé :

“ Les accords nationaux signés par les organismes nationaux d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations nationales syndicales des distributeurs de produits ou prestations mentionnés à l'article L. 165-1 peuvent être rendus applicables à l'ensemble des distributeurs par arrêté interministériel, pris après avis du Comité économique des produits de santé. Les ministres peuvent, lorsque l'accord ou un avenant comporte une ou des dispositions non conformes aux lois et règlements en vigueur ou lorsqu'une ou des dispositions relatives aux prix proposés ne sont pas compatibles avec les critères de l'article L. 162-38, disjoindre ces dispositions dans l'arrêté. ”

II. – Au chapitre V du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 165-5-1 ainsi rédigé :

“ *Art. L. 165-5-1.* – En l'absence d'accord prévu à l'article L. 165-6 ou lorsque les dispositions de cet accord n'en traitent pas, un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé peut préciser les produits et prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 pour lesquels la part garantie par les organismes de prise en charge peut être versée directement aux distributeurs. ”

III. – Sauf dénonciation ou résiliation par les parties signataires, les conventions applicables antérieurement à la publication du décret pris en application de l'article L. 165-1 du code de la sécurité sociale sont maintenues en

vigueur pendant une durée maximale de cinq ans à compter de la publication de la présente loi.

Pendant ce délai, cessent de produire effet, à la date d'entrée en vigueur des arrêtés pris en application des articles L. 5211-5 du code de la santé publique et L. 165-3 du code de la sécurité sociale, celles des dispositions de ces conventions qui ne seraient pas compatibles avec les dispositions desdits arrêtés.

IV. – L'article L. 165-5 du code de la sécurité sociale est complété par une phrase ainsi rédigée :

“ Une copie de cette déclaration est adressée simultanément au Comité économique des produits de santé mentionné à l'article L. 162-17-3. ”

V. – A la section 4 du chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-17-5 ainsi rédigé :

“ *Art. L. 162-17-5.* – Les redevables de la taxe prévue à l'article L. 5121-17 du code de la santé publique adressent une copie de la déclaration prévue à l'article L. 5121-18 du même code au Comité économique des produits de santé au plus tard le 31 mars de chaque année. ”

Article 41 *quater* (nouveau)

Dans le deuxième alinéa de l'article 5-1 de la loi n° 75-535 du 30 juin 1975 relative aux institutions sociales et médico-sociales, les mots : “ deux ans après la date de publication du décret prévu à l'article 27 *quater* ” sont remplacés par les mots : “ au 31 décembre 2003 ”.

Section 4

Branche accidents du travail

Article 42

I. – Peuvent obtenir la réparation intégrale de leurs préjudices :

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

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

3° (*nouveau*) Les ayants droit des personnes visées aux 1° et 2°.

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

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

Il est administré par un conseil d'administration composé de représentants de l'Etat, des organisations siégeant

à la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, des associations nationales d'aide aux victimes de l'amiante et de personnalités qualifiées. Il est présidé par un magistrat.

III. – Le demandeur justifie de l'exposition à l'amiante et de l'atteinte à l'état de santé de la victime.

Le demandeur informe le fonds des autres procédures relatives à l'indemnisation des préjudices définis au I éventuellement en cours. Si une action en justice est intentée, il informe le juge de la saisine du fonds.

Si la maladie est susceptible d'avoir une origine professionnelle et en l'absence de déclaration préalable par la victime, le fonds transmet sans délai le dossier à l'organisme concerné au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité. Cette transmission vaut déclaration de maladie professionnelle.

Le fonds examine si les conditions de l'indemnisation sont réunies : il recherche les circonstances de l'exposition à l'amiante et ses conséquences sur l'état de santé de la victime ; il procède ou fait procéder à toute investigation et expertise utiles sans que puisse lui être opposé le secret professionnel ou industriel. Vaut justification de l'exposition à l'amiante la reconnaissance d'une maladie professionnelle occasionnée par l'amiante au titre de la législation française de sécurité sociale ou d'un régime assimilé ou de la législation applicable aux pensions civiles et militaires d'invalidité, ainsi que le fait d'être atteint d'une maladie provoquée par l'amiante et figurant sur une liste établie par arrêté des ministres chargés du travail et de la sécurité sociale.

Le fonds peut requérir de tout service de l'Etat, collectivité publique, organisme assurant la gestion des prestations sociales, organisme assureur susceptibles de réparer tout ou partie du préjudice, la communication des renseignements relatifs à l'exécution de leurs obligations éventuelles.

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

Le demandeur peut obtenir la communication de son dossier, sous réserve du respect du secret médical.

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

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

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

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

Cette action est intentée devant la cour d'appel dans le ressort de laquelle se trouve le domicile du demandeur.

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

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

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

VII. – Le fonds est financé par une contribution de l'Etat, dans les conditions fixées par la loi de finances, et par une contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale dont le montant est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale, sur la base d'un rapport d'activité du fonds établi par son conseil d'administration et transmis au Parlement et au Gouvernement.

VIII. – Le début du deuxième alinéa (1°) de l'article 706-3 du code de procédure pénale est ainsi rédigé :

“ 1° Ces atteintes n'entrent pas dans le champ d'application de l'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° du) ni de l'article L. 126-1... (*le reste sans changement*). ”

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

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

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

Le délai fixé au IV est porté à neuf mois pendant l'année qui suit la publication du décret mentionné à l'alinéa précédent.

Section 5

Objectifs de dépenses par branche

Article 43

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

(En milliards de francs.)

Maladie-maternité-invalidité-décès	769,2
Vieillesse-veuvage	830,4
Accidents du travail	56,2
Famille	277,1
Total des dépenses	1 932,9

Section 6

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Article 44

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

Section 7

Mesures relatives à la comptabilité et à la trésorerie

Article 45

I. – *Supprimé*

II. – Après l'article L. 114-1 du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre IV *bis* ainsi rédigé :

“ *CHAPITRE IV BIS*

“ Organisation comptable

“ *Art. L. 114-1-1.* – Un décret fixe les règles comptables applicables à l'ensemble des régimes et organismes visés au 2° du I de l'article L.O. 111-3 du présent code, ainsi que les modalités de transmission et de centralisation des comptes de ces régimes et organismes. ”

III. – L'article L. 251-1, le premier alinéa de l'article L. 251-6 et les articles L. 251-8 et L. 256-2 du code de la sécurité sociale sont abrogés.

IV. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur le 1er janvier 2001. Le plan comptable unique des régimes et organismes visés au II entre en vigueur au plus tard le 1er janvier 2002.

Article 46

Au I de l'article L. 243-14 du code de la sécurité sociale, les mots : " 6 millions de francs " sont remplacés par les mots : " 1 million de francs " à compter du 1er avril 2001 et par les mots : " 150 000 euros " à compter du 1er janvier 2002.

Article 46 bis (nouveau)

Le deuxième alinéa du IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

" Ce versement est égal au produit de l'assiette de référence ainsi déterminée par le taux de la contribution fixé à l'article L. 136-8. Son paiement doit intervenir le 30 septembre pour sept neuvièmes de son montant et le 30 novembre au plus tard pour les deux neuvièmes restants. "

Article 47

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

(En milliards de francs.)

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

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

Délibéré en séance publique, à Paris, le 31 octobre 2000.

Le Président,

Signé : RAYMOND FORNI.

ANNEXE

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

D'un déficit de 54 milliards de francs en 1996, le régime général de la sécurité sociale est passé à l'équilibre en 1999. Il dégagera des excédents en 2001 comme en 2000. Le chemin parcouru est important puisque, sur la période 1993-1997, le déficit s'est élevé à 265 milliards de francs, soit un déficit moyen par an de 53 milliards de francs. Ces résultats sont dus à la croissance et à la diminution du chômage mais aussi pour une large part aux mesures structurelles et à la réforme du financement. Il n'en reste pas moins que se pose de plus en plus la question de la définition du champ de la responsabilité de l'Etat et des caisses de sécurité sociale dans la gestion du système et notamment dans leurs relations avec les professions de santé. Le Gouvernement mettra en place une commission associant les différents partenaires concernés et le Parlement afin de remettre à plat le fonctionnement actuel et définir de nouvelles relations entre l'Etat, les caisses de sécurité sociale et les prestataires de services de soins fondées sur des objectifs d'amélioration de la qualité des soins et de l'accès aux soins pour l'ensemble de la population.

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

A. – La politique de santé

a) Rendre égal l'accès aux soins

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

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

b) Renforcer la sécurité

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

La lutte contre les infections nosocomiales et les accidents iatrogènes contribue à accroître la sécurité des soins, dont l'organisation est encadrée progressivement par des normes techniques de fonctionnement relatives notamment à la sécurité anesthésique ou à l'accueil et au traitement des urgences. Des mesures seront prises pour améliorer la qualité des procédures de désinfection et développer l'utilisation de dispositifs médicaux à usage unique.

c) Développer la transparence et les droits des malades

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

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

d) Amplifier la politique de prévention

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

La lutte contre les maladies sexuellement transmissibles sera renforcée. Les dépistages réalisés dans les centres anonymes et gratuits sont maintenant entièrement pris en charge par l'assurance maladie. Le Gouvernement a lancé une campagne nationale d'information sur les risques liés au VIH pour rappeler la nécessité de poursuivre des comportements de prévention. En 2001, le Gouvernement renforcera les actions de prévention à destination des publics les plus vulnérables. Pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes du VIH/SIDA en situation de précarité, le Gouvernement propose au Parlement de transférer le dispositif expérimental d'appartement de

coordination thérapeutique dédiée aux personnes atteintes de VIH/SIDA dans le cadre commun de la loi de 1975 relative aux institutions médico-sociales. Pour mieux prendre en compte l'évolution de l'épidémie, ce dispositif s'adressera désormais également aux personnes atteintes d'autres pathologies chroniques sévères, notamment les hépatites chroniques et les cancers.

Le Gouvernement poursuit le plan de lutte contre le tabagisme mis en place en 1999 selon trois axes : renforcement de l'information de la population, aide au sevrage tabagique et protection des non-fumeurs par une meilleure application de la loi relative à la lutte contre le tabagisme. A la suite du rapport de M. Alfred Recours, le Gouvernement s'est engagé dans une augmentation continue des prix du tabac de 5 % par an sur quatre ans et a débuté une large concertation sur l'intérêt en termes de santé publique de l'interdiction de vente de tabac aux mineurs de seize ans et sur l'efficacité de mesures de prise en charge des substituts nicotiques. Une action efficace de prévention et de lutte contre le tabagisme nécessite de soutenir ceux qui souhaitent arrêter de fumer en améliorant l'accès aux substituts nicotiques et en précisant l'intérêt de nouveaux médicaments utilisés dans le sevrage tabagique. C'est pourquoi le Gouvernement réunira une conférence de consensus sur les différentes modalités de sevrage, en se fondant notamment sur les résultats des expériences de mise à disposition gratuite.

Le plan triennal de lutte contre la drogue et de prévention des dépendances reflète la volonté du Gouvernement de mener une politique ferme et cohérente de lutte contre la toxicomanie et de développer en particulier chez les jeunes, en matière d'alcoolisme, de tabagisme et d'usage détourné de médicaments, une véritable politique de prévention des dépendances. Une campagne nationale d'information sur les risques des substances psychoactives a été lancée en 2000. Un diplôme d'études spécialisées complémentaires a été mis en place sanctionnant depuis cette année une spécialisation médicale de haut niveau.

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

A la suite des actions réalisées dans le cadre du programme de prévention du suicide 1998-2000, le Gouvernement met en place un nouveau programme permettant de renforcer les actions de prévention et le soutien aux associations accompagnant les suicidants et leurs familles, d'améliorer la prise en charge et de favoriser les recherches sur les causes favorisantes.

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

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

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

e) Améliorer la prise en charge

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

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

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

Le Gouvernement a renforcé le plan triennal de lutte contre la douleur, notamment en ce qui concerne la prescription et la disponibilité des antalgiques majeurs et l'amélioration de la prise en charge dans les établissements de santé. A la suite de la loi sur le développement des soins palliatifs, le Gouvernement veille à l'implication des établissements de santé pour la création d'unités fixes, d'équipes mobiles et de réseaux de soins palliatifs en favorisant en particulier le maintien à domicile.

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

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

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

f) Poursuivre les réformes structurelles en matière d'organisation

– *Les soins de ville ;*

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Il est étudié une modification de la composition des comités médicaux régionaux allant vers plus de parité, en attente d'une réforme en matière de respect des bonnes pratiques et des sanctions disciplinaires.

– *L'hôpital* ;

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

Les objectifs de la politique hospitalière conduite depuis trois ans sont traduits dans les schémas régionaux

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

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

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

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

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

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

– Le médicament ;

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

L'année 2000 marque une nouvelle étape avec la mise en œuvre de l'opération de réévaluation des médicaments en fonction du service médical rendu (SMR). Au total, près de 2 663 spécialités ont été évaluées par la Commission de la transparence, soit plus des deux tiers des spécialités pharmaceutiques françaises : 60 % ont été classées en SMR majeur ou important, 15 % en SMR modéré ou faible, 25 % en SMR insuffisant. Le Gouvernement a tiré les conséquences de cette évaluation en juillet dernier. A l'issue d'un délai de trois ans, les médicaments à

SMR insuffisant sortiront du remboursement. Sans tarder, le Gouvernement a uniformisé le taux de remboursement des vasodilatateurs : toutes les spécialités de cette classe sont désormais remboursées à 35 %. Parallèlement, le Comité économique du médicament a conduit avec les laboratoires concernés des négociations pour faire baisser les prix des spécialités dont le SMR a été jugé insuffisant.

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

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

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

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

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

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

C. – La politique de la famille

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

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

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

professionnelle pour s'occuper de lui.

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

Afin d'aider les mères en difficulté à retrouver une activité professionnelle, le Gouvernement a décidé de créer une aide à la reprise d'activité des femmes (ARAF) d'un montant de 2 000 à 3 000 F. Ce dispositif est opérationnel depuis le 15 juillet 2000.

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

Le soutien à la fonction parentale est conforté à travers une aide financière accrue de 300 millions de francs visant à renforcer les relations entre famille et école, et à développer les contrats temps libres ainsi que les réseaux de soutien à la parentalité. Le soutien à la fonction parentale et aux familles inclut une action sociale collective et sa promotion, notamment au sein des centres sociaux.

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

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

D. – La politique à l'égard des personnes âgées

a) Garantir les retraites des Français

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

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

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

Afin d'assurer les retraites des Français au-delà de l'horizon 2020, le Gouvernement a créé le fonds de réserve

en 1998 et y a affecté des ressources nouvelles dès 1999 : excédents de la CNAV et du fonds de solidarité vieillesse, la moitié du prélèvement de 2 % sur les revenus du patrimoine, contributions des caisses d'épargne et de la Caisse des dépôts et consignations, auxquels s'ajoute la majeure partie du produit de la vente des licences de téléphone mobile de troisième génération. Au total, le fonds de réserve devrait disposer d'environ 1 000 milliards de francs en 2020, dont 300 milliards proviendront des intérêts financiers. Cette somme correspond à la moitié des déficits prévisionnels des régimes de retraite entre 2020 et 2040.

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

b) Assurer la prise en charge de la dépendance

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

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

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

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

– la professionnalisation et l'amélioration de la qualité des services d'aide à domicile : la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 avait exonéré les services d'aide ménagère à domicile des charges patronales de sécurité sociale pour les interventions auprès des personnes âgées dépendantes, permettant ainsi à ces services de trouver des conditions de fonctionnement satisfaisantes ; en concertation avec les représentants de la branche, une démarche de formation et de professionnalisation va être engagée. Par ailleurs, un décret permettant de créer des services " polyvalents ", prenant en charge à la fois les soins et l'accompagnement social, est en cours de préparation. Enfin, le nombre de places de services de soins infirmiers à domicile (SSIAD) créées chaque année va être doublé, passant de 2 000 à 4 000, dans le cadre d'un plan de cinq ans à hauteur de 1,2 milliard de francs ;

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

E. – La politique à l'égard des personnes handicapées

Pour répondre aux attentes et aux besoins des personnes handicapées, en permettant une individualisation des

réponses, il faut désormais créer les conditions permettant à ces personnes d'exercer un vrai choix de vie. En privilégiant résolument l'autonomie des personnes et leur intégration dans le milieu de vie ordinaire, en répondant aux besoins de prise en charge et d'accueil protégé des personnes les plus lourdement handicapées, en assurant la modernisation des instruments sur lesquels s'appuie son action, en s'inscrivant dans la durée avec des objectifs financés à échéance pluriannuelle, le Gouvernement mène une politique globale et déterminée en direction des personnes handicapées.

Cette politique s'articule autour de deux grands axes :

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

Pour les adultes, le Gouvernement entend encourager toutes les initiatives favorisant le maintien à domicile des personnes handicapées. L'amélioration de l'accès aux aides techniques fait l'objet d'un examen concerté avec l'ensemble des acteurs, et l'ensemble des départements disposeront d'ici 2003 de " sites pour la vie autonome ". Ces structures, financées par le budget de l'Etat, sont chargées de l'évaluation des besoins des personnes handicapées par une approche globale et pluridisciplinaire ainsi que de la prescription des aides techniques et humaines dont elles ont besoin. Par ailleurs, les interventions des services de soins infirmiers à domicile seront étendues aux personnes handicapées et le nombre de postes d'auxiliaires de vie passera de 1 850 à 5 000 d'ici 2003 ;

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

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

F. – Une présentation des comptes améliorée

Comme il s'y était engagé l'an dernier, le Gouvernement a présenté cette année, en annexe du présent projet de loi de financement, les principaux agrégats en droits constatés. L'harmonisation des comptes des différents régimes et organismes de sécurité sociale doit être poursuivie : un nouveau plan comptable unique sera mis en œuvre au plus tard le 1er janvier 2002. Par ailleurs, un Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale, assisté d'une mission permanente et placé auprès du ministre chargé de la sécurité sociale, sera créé par décret. Il devra veiller à la bonne application du nouveau plan comptable et à la transmission des données comptables par les organismes suivant un calendrier fixé par voie réglementaire.

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale dans sa séance du 31 octobre 2000.

Le Président,

Signé : RAYMOND FORNI