

TEXTE ADOPTE n° 734

« Petite loi »

ASSEMBLÉE NATIONALE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

ONZIÈME LÉGISLATURE

SESSION ORDINAIRE DE 2001-2002

4 décembre 2001

PROJET DE LOI

de financement de la sécurité sociale pour 2002.

(Texte définitif.)

L'Assemblée nationale a adopté, dans les conditions prévues à l'article 45, alinéa 4, de la Constitution, le projet de loi dont la teneur suit :

Voir les numéros :

Assemblée nationale : 1re lecture : **3307, 3319, 3345** et T.A. 717.

3390. Commission mixte paritaire : **3391**.

Nouvelle lecture : **3390, 3395** et T.A. 727.

Lecture définitive : ~~3430~~ **3432**.

Sénat : 1re lecture : **53, 60, 61** et T.A. 17 (2001-2002).

Commission mixte paritaire : ~~79~~2001-2002).

Nouvelle lecture : **96, 100** et T.A. ~~24~~2001-2002).

Sécurité sociale.

TITRE I^{er}

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

Article 1^{er}

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

TITRE II

CONTROLE DE L'APPLICATION DES LOIS DE FINANCEMENT DE LA SECURITE SOCIALE

Article 2

Après l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 111-8 ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-8.* – Sans préjudice de toute autre disposition relative à l'information et au contrôle du Parlement, les commissions de l'Assemblée nationale et du Sénat chargées des affaires sociales et les autres commissions concernées adressent au Gouvernement, avant le 10 juillet de chaque année, des questionnaires relatifs à l'application des lois de financement de la sécurité sociale. Celui-ci y répond par écrit au plus tard le 8 octobre. »

Article 3

I. – Après l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 111-9 ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-9.* – Les membres du Parlement qui ont la charge de présenter, au nom de la commission compétente, le rapport sur les projets de loi de financement de la sécurité sociale suivent et contrôlent, sur pièces et sur place, l'application de ces lois auprès des administrations de l'Etat, des organismes de sécurité sociale et de mutualité sociale agricole, de tout autre organisme privé gérant un régime de base de sécurité sociale légalement obligatoire et des établissements publics compétents. Réserve faite des informations couvertes par le secret de la défense nationale ou le secret médical, tous les renseignements d'ordre financier et administratif

de nature à faciliter leur mission doivent leur être fournis. Ils sont habilités à se faire communiquer tout document de quelque nature que ce soit. »

II. – L'article 2 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 (n° 96-1160 du 27 décembre 1996) est abrogé.

Article 4

I. – Après l'article L.O. 111-7 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 111-10 ainsi rédigé :

« *Art. L. 111-10.* – Lorsqu'il prend le décret visé à l'article L.O. 111-5, le Gouvernement dépose devant le Parlement, dans un délai de quinze jours, un rapport présentant les raisons du dépassement des limites prévues au 5° du I de l'article L.O. 111-3 et justifiant l'urgence qui exige ce recours à la voie réglementaire. »

II. – L'article 8 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 (n° 96-1160 du 27 décembre 1996) est abrogé.

TITRE III

DISPOSITIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Article 5

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 un alinéa ainsi rédigé :

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

II. – Les dispositions du I sont applicables aux indemnités payées depuis la date d'entrée en vigueur de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée.

Article 6

I. – Dans le premier alinéa du III de l'article L. 241-10 du code de la sécurité sociale, les mots : « aux *b, c, d* et *e* du » sont remplacés par le mot : « au ». Ce même alinéa est complété par les mots : « , dans la limite, pour les personnes visées au *a* du I, du plafond prévu par *cea* ».

II. – Le *d* du I du même article est ainsi rédigé :

« *d)* Des personnes se trouvant, dans des conditions définies par décret, dans l'obligation de recourir à l'assistance d'une tierce personne pour accomplir les actes ordinaires de la vie, sous réserve d'avoir dépassé un âge fixé par décret ; ».

Article 7

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

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

« 23° Les présidents et dirigeants des sociétés par actions simplifiées ; ».

II. – Après le 8° de l'article L. 722-20 du code rural, sont insérés deux alinéas ainsi rédigés :

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

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

Article 8

I. – A. – Avant l'article L. 122-1 du code du travail, il est inséré une sous-section 1 intitulée : « Règles générales ».

B. – Après l'article L. 122-3-17 du même code, il est inséré une sous-section 2 intitulée : « Le contrat vendanges », comprenant trois articles L. 122-3-18 à L. 122-3-20 ainsi rédigés :

« *Art. L. 122-3-18.* – Le contrat vendanges a pour objet la réalisation de travaux de vendanges. Ces travaux s'entendent des préparatifs de la vendange, à la réalisation des vendanges, jusqu'aux travaux de rangement inclus.

« *Art. L. 122-3-19.* – Ce contrat a une durée maximale d'un mois.

« Un salarié peut recourir à plusieurs contrats vendanges successifs, sans que le cumul des contrats n'excède une durée de deux mois sur une période de douze mois.

« *Art. L. 122-3-20.* – Le salarié en congés payés peut bénéficier de ce contrat.

« Les personnes visées à l'article L. 324-1 peuvent bénéficier de ce contrat.

« Les dispositions de l'article L. 122-3-15 ne s'appliquent pas aux contrats régis par la présente sous-section. »

II. – L'article L. 741-16 du code rural est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Lorsqu'ils embauchent des travailleurs occasionnels dans le cadre d'un contrat de travail défini à l'article L. 122-3-18 du code du travail, la rémunération ne donne pas lieu à cotisation d'assurances sociales à la charge du salarié. »

III. – La perte de recettes pour les régimes sociaux est compensée, à due concurrence, par la création d'une taxe sur le chiffre d'affaires de La Française des jeux.

Article 9

I. – L'article L. 311-3 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 24° Les administrateurs des groupements mutualistes qui perçoivent une indemnité de

fonction et qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale. »

II. – Après le 8° de l'article L. 722-20 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« 11° Lorsque les groupements mutualistes dont ils sont administrateurs relèvent des dispositions du 6° du présent article, administrateurs des groupements mutualistes qui perçoivent une indemnité de fonction et qui ne relèvent pas, à titre obligatoire, d'un régime de sécurité sociale. »

III. – A la fin de la première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 114-26 du code de la mutualité, les mots : « et qui, pour l'exercice de leurs fonctions, doivent cesser tout ou partie de leur activité professionnelle » sont supprimés.

IV. – Dans l'article L. 114-27 du même code, les mots : « ayant cessé tout ou partie de leur activité professionnelle » sont supprimés.

Article 10

L'article 20 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 relative à la réduction négociée du temps de travail est ainsi rédigé :

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

« La condition de première embauche est remplie lorsque les entreprises ont exercé leur activité sans le concours de personnel salarié, sinon avec au plus un salarié en contrat d'apprentissage, de qualification, d'adaptation ou d'orientation durant les douze mois précédant l'embauche. La condition relative au personnel salarié s'apprécie dans le cadre de l'ensemble de ses activités exercées pendant la période de référence par l'employeur, de quelque nature et sous quelque forme que ce soit.

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

« Cet allégement est majoré d'un montant fixé par décret et calculé en fonction du niveau du salaire minimum de croissance ou, le cas échéant, celui de la garantie mensuelle de rémunération définie à l'article 32. Ce décret fixe également la durée de la majoration.

« II. – A compter de la deuxième embauche, le bénéfice de l'allégement est ouvert lorsque la durée collective du travail, au plus égale à trente-cinq heures hebdomadaires ou à 1 600 heures sur l'année, est fixée soit par un accord collectif conclu dans les conditions définies au II de l'article 19, soit en vertu des dispositions du VIII du même article ou, à défaut, est mentionnée dans le contrat de travail du ou des salariés concernés. Dans ce dernier cas, le maintien de l'allégement est subordonné au respect, au plus tard à l'expiration d'une période d'un an à compter de la deuxième embauche, des conditions définies aux II à VIII de l'article 19.

« III. – Dans les cas visés au I et au II, la déclaration prévue au XI de l'article 19 est envoyée dans les trente jours suivant la date d'effet du contrat de travail afférent à l'embauche du premier salarié. L'allégement prend effet le premier jour du mois qui suit la réception par les organismes de recouvrement des cotisations sociales de la déclaration de l'employeur.

« IV. – La majoration visée au I est applicable aux premières embauches réalisées entre le 1er janvier 2002 et le 31 décembre 2003. »

Article 11

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. – Le 2 du I de l'article 1641 du code général des impôts est complété par les mots : « , à l'exception des organismes de sécurité sociale et de leurs fonds de financement ».

III. – 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 relative au remboursement de la dette sociale sont abrogés.

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

Article 12

I. – Sont acquises par le fonds créé à l'article L. 131-8 du code de la sécurité sociale à titre de produits toutes les recettes mentionnées à l'article L. 131-10 du même code encaissées à compter du 1er janvier 2001.

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

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

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

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

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

3° Au début des troisième (2°), quatrième (3°) et sixième (5°) alinéas de l'article L. 131-10, sont insérés les mots : « Le produit de » ;

4° Le début du septième alinéa (5° bis) de l'article L. 131-10 est ainsi rédigé : « Une fraction du produit de la taxe... (*le reste sans changement*). » ;

5° Au dernier alinéa de l'article L. 131-10, le mot : « recettes » est remplacé par le mot : « produits », le mot : « dépenses » par le mot : « charges » et le mot : « équilibrées » par le mot : « équilibrés ».

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

V. – Les dispositions des III et IV entrent en vigueur au 1er janvier 2001.

Article 13

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

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

C. – A compter du 1er janvier 2002, la fraction visée au 5° *bis* de l'article L. 131-10 du même code est égale à 30,56 %.

II. – A. – Le chapitre VII du titre III du livre Ier du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

1° Il est créé une section 1, intitulée : « Taxe sur les contributions au bénéfice des salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance », qui comprend les articles L. 137-1 à L. 137-4 ;

2° Il est créé une section 2, intitulée : « Contribution sur les abondements des employeurs aux plans partenariaux d'épargne salariale volontaire », qui comprend l'article L. 137-5 ;

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

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

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

« Le taux de la contribution est fixé à 15 % du montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation afférentes à l'assurance obligatoire susmentionnée.

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

« Les entreprises d'assurance sont tenues de verser, au plus tard le 15 du deuxième mois suivant le dernier jour de chaque bimestre, à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale, le produit de la contribution correspondant au montant des primes, cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises au cours de chaque bimestre, déduction faite des annulations et remboursements constatés durant la même période et après déduction du prélèvement destiné à compenser les frais de gestion dont le taux est fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.

« A l'appui de chaque versement, elles sont tenues de produire à l'Agence centrale des

organismes de sécurité sociale une déclaration conforme à un modèle fixé par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale et du ministre chargé des assurances.

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

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

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

B. – 1. Le chapitre III du titre Ier du livre II du code des assurances est abrogé.

2. Dans l'article L. 214-3 du même code, la référence : « L. 213-1 » est supprimée.

3. Après le mot : « assurés », la fin de l'article L. 241-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée : « et par une fraction du produit des contributions sociales mentionnées aux articles L. 136-1, L. 136-6, L. 136-7 et L. 136-7-1. »

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

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

D. – Les dispositions du présent II s'appliquent aux primes ou cotisations ou fractions de prime ou de cotisation d'assurance émises à compter du 1^{er} janvier 2002.

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

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

C. – Les dispositions des A et B s'appliquent aux sommes à recevoir à compter du 1^{er} janvier 2001.

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

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

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

C. – Les dispositions du présent IV s'appliquent aux sommes à recevoir à compter du 1^{er} janvier 2002.

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

« 5° *quater* Le produit de la taxe sur les contributions au bénéfice des salariés pour le financement des prestations complémentaires de prévoyance visée à l'article L. 137-1 ; ».

B. – Le 3° de l'article L. 135-3 du même code est abrogé.

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

D. – Les dispositions du présent V sont applicables aux sommes à recevoir à compter du 1^{er} janvier 2002.

Article 14

I. – A. – L'article 575 A du code général des impôts est ainsi modifié :

1° Dans le deuxième alinéa, les sommes : « 540 F » et « 510 F » sont remplacées par les sommes : « 90 € » et « 87 € » ;

2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

« Il est fixé à 45 € pour les tabacs de fine coupe destinés à rouler les cigarettes et les autres tabacs à fumer et à 55 € pour les cigares. »

B. – Le troisième alinéa de l'article 572 du même code est supprimé.

II. – Les dispositions du présent article s'appliquent à compter du 7 janvier 2002.

Article 15

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

« Dans les entreprises de transport routier où la durée des temps de service des personnels de conduite marchandises « grands routiers » ou « longue distance » ainsi que des personnels « courte distance » est fixée conformément aux dispositions de l'article 19 de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 précitée au plus soit à trente-cinq heures hebdomadaires, soit à 1 600 heures sur l'année, le montant de l'allègement auquel ouvrent les salariés dont la durée du travail est fixée dans ces limites est majoré d'un montant fixé par décret. »

II. – Au troisième alinéa du III de l'article L. 241-13-1 du même code, après les mots : « dans les zones de revitalisation rurale », sont insérés les mots : « et de redynamisation urbaine ».

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

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

B. – Les dispositions du présent III sont applicables aux gains et rémunérations versés à compter du 1^{er} janvier 2001 par les entreprises et unités économiques et sociales de plus de vingt salariés mentionnées à la première phrase du II de l'article 1^{er} de la loi n° 2000-37 du 19 janvier 2000 précitée et à compter du 1^{er} janvier 2002 pour les autres entreprises.

Article 16

Pour 2002, les prévisions de recettes, par catégorie, de l'ensemble des régimes obligatoires de base et des organismes créés pour concourir à leur financement sont fixées aux montants suivants :

(En droits constatés
et en milliards d'euros.)

Cotisations effectives.....	176,18
Cotisations fictives	31,95
Contributions publiques.....	10,66
Impôts et taxes affectés.....	89,77
Transferts reçus.....	0,15
Revenus des capitaux.....	0,83
Autres ressources	6,93
<hr/>	
Total des recettes	316,47

Article 17

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

(En encaissements-décaissements
et en milliards de francs.)

Cotisations effectives.....	1086,10
Cotisations fictives	202,60
Contributions publiques.....	68,60
Impôts et taxes affectés.....	569,70
Transferts reçus.....	3,00
Revenus des capitaux.....	3,90
Autres ressources	46,50
<hr/>	
Total des recettes	1980,40

TITRE IV

DISPOSITIONS RELATIVES AUX DEPENSES ET A LA TRESORERIE

Section 1

Branche maladie

Article 18

I. – Dans le chapitre II du titre VI du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L. 162-1-11 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-11.* – Les rapports entre les organismes d’assurance maladie et les professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont définis par un accord-cadre conclu par la Caisse nationale d’assurance maladie des travailleurs salariés, au moins une autre caisse nationale d’assurance maladie et le Centre national des professions de santé regroupant des organisations syndicales représentatives des professions concernées.

« L’accord-cadre ne s’applique à une profession donnée que lorsqu’au moins une organisation syndicale représentative de cette profession a marqué son adhésion par la signature de l’accord.

« Cet accord-cadre, conclu pour une durée au plus égale à cinq ans, fixe des dispositions communes à l’ensemble des professions, entrant dans le champ des conventions prévues aux sections 1, 2 et 3 du présent chapitre et à l’article L. 322-5-2. Il peut notamment déterminer les obligations respectives des caisses d’assurance maladie et des professionnels de santé exerçant en ville, les mesures que les partenaires conventionnels jugent appropriées pour garantir la qualité des soins dispensés, les conditions d’une meilleure coordination des soins ou pour promouvoir des actions de santé publique. »

II. – L’article L. 162-15 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, après les mots : « Sous réserve des dispositions de l’article L. 162-15-3, les conventions prévues », sont insérés les mots : « à l’article L. 162-1-11 et » ;

2° Dans le dernier alinéa, les mots : « La convention nationale est applicable » sont remplacés par les mots : « L’accord-cadre et la convention nationale sont applicables ».

III. – Dans la section 3-1 du chapitre II du titre VI du livre Ier du même code, sont rétablis, avant la sous-section 1, deux articles L. 162-14-1 et L. 162-14-2 ainsi rédigés :

« *Art.L. 162-14-1.* – La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 sont conclues pour une durée égale au plus à cinq ans. Elles définissent :

« 1° Les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus aux professionnels par les assurés sociaux en dehors des cas de dépassement autorisés par la convention, pour les médecins et les chirurgiens-dentistes ;

« 2° Des engagements des signataires, collectifs et individuels, le cas échéant pluriannuels, portant sur l’évolution de l’activité des professions concernées ; ces engagements prennent la forme d’accords de bon usage des soins prévus par l’article L. 162-12-17, qui constituent dans ce cas une annexe à la convention nationale, de contrats de bonne pratique prévus par l’article L. 162-12-18 ou de tout autre dispositif que les conventions mettent en œuvre conformément aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 ; la ou les conventions prévoient les modalités permettant de s’assurer de la cohérence de leur mise en œuvre avec les dispositions définies au deuxième alinéa du II de l’article L. 227-1 ; la ou les conventions définissent à cet effet les mesures de toute nature propres à assurer le respect de ces engagements et, en particulier, les modalités du suivi annuel et, le cas échéant, pluriannuel, de l’évolution des dépenses de la profession concernée ; elles précisent également les actions d’information, de promotion des références professionnelles opposables et des recommandations de bonne pratique ou d’évaluation des pratiques ainsi que les dispositions applicables en cas de non-respect des engagements ;

« 3° Le cas échéant, les modalités de constitution, d’organisation et de fonctionnement de fonds de modernisation de la profession considérée.

« *Art.L. 162-14-2.* – Les tarifs mentionnés au 1° de l'article L. 162-14-1 sont fixés dans le cadre d'avenants à chaque convention. Ces avenants comportent en annexe l'ensemble des modifications de la nomenclature établie pour les actes pris en charge par l'assurance maladie que les signataires envisagent de proposer aux ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et de l'agriculture et dont il a été tenu compte pour fixer les tarifs. La totalité des avenants conclus en application du présent alinéa fait l'objet d'un envoi unique, au plus tard le 15 juin, à chacun des ministres précités.

« Sauf en cas d'urgence ou d'impérieuse nécessité de santé publique, les ministres précités tiennent compte des propositions faites par les partenaires conventionnels dans les conditions prévues à l'alinéa précédent lorsqu'ils mettent en œuvre des modifications de la nomenclature. »

IV. – L'article L. 162-12-17 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « à l'article L. 162-5 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2 » et les mots : « , en tant qu'ils concernent les médecins, » sont insérés après les mots : « sont transmis » ;

2° Dans le deuxième alinéa, les mots : « des médecins généralistes ou des médecins spécialistes » sont remplacés par les mots : « des professionnels concernés » ;

3° Dans le troisième alinéa, les mots : « les médecins conventionnés peuvent percevoir » sont remplacés par les mots : « les professionnels conventionnés peuvent percevoir, notamment sous forme de forfaits, ».

V. – L'article L. 162-12-18 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa, les mots : « et L. 162-14 » sont remplacés par les mots : « , L. 162-14 et L. 322-5-2 » et les mots : « , en contrepartie du respect des engagements de ce contrat, à un complément forfaitaire de rémunération ou » sont insérés après les mots : « qui ouvre droit » ;

2° Dans le dernier alinéa, les mots : « et L. 162-14 » sont remplacés par les mots « , L. 162-14 et L. 322-5-2 ».

VI. – Il est inséré, dans le même code, un article L. 162-12-19 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-12-19.* – En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées à l'article L. 162-14-1, ou en l'absence d'accords de bon usage des soins ou de contrats de bonne pratique, et après consultation des syndicats représentatifs des professions concernées, les accords ou contrats mentionnés aux articles L. 162-12-17 et L. 162-12-18 peuvent être fixés par arrêté interministériel pris sur proposition de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et d'au moins une autre caisse nationale ou, à défaut, à l'initiative des ministres compétents. »

VII. – Il est inséré, dans le même code, un article L. 162-12-20 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-12-20.* – La ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14 peuvent déterminer les conditions dans lesquelles les professionnels de santé conventionnés peuvent adhérer individuellement à des contrats de santé publique qui ouvrent droit à une rémunération forfaitaire.

« Ces contrats, définis par la convention, fixent les engagements des professionnels concernés et précisent les modalités d'actualisation de la rémunération forfaitaire qui leur est associée.

« Ils comportent nécessairement, en complément des mesures prévues en la matière par l'accord-cadre et par la ou les conventions prévues aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9 et L. 162-14, des engagements des professionnels relatifs à leur participation :

« 1° Soit à des actions destinées à renforcer la permanence et la coordination des soins, notamment à des réseaux de soins ;

« 2° Soit à des actions de prévention. »

VIII. – L'article L. 162-15-2 du même code est ainsi modifié :

1° Le premier alinéa du I est ainsi rédigé :

« En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée, et après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession : » ;

2° Le dernier alinéa du I est supprimé ;

3° Le premier alinéa du II est ainsi rédigé :

« En l'absence de convention pour l'une des professions mentionnées aux articles L. 162-5, L. 162-9, L. 162-12-2, L. 162-12-9, L. 162-14 et L. 322-5-2, la Caisse nationale de l'assurance maladie et au moins une autre caisse nationale assurent le suivi des dépenses lors de la fixation de l'objectif des dépenses mentionné au I et au moins deux fois dans l'année ; une première fois au vu des résultats des quatre premiers mois de l'année et une seconde fois au vu de ceux des huit premiers mois de l'année. » ;

4° Le deuxième alinéa du II est supprimé ;

5° Dans le troisième alinéa du II, les mots : « les parties à chacune des conventions déterminent par une annexe modificative, » sont remplacés par les mots : « la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale fixent, pour chaque profession concernée, et après consultation des organisations syndicales représentatives de cette profession, » ;

6° Le quatrième alinéa du II est supprimé ;

7° Dans le cinquième alinéa, le nombre : « quatre » est remplacé par le nombre : « deux ».

IX. – L'article L. 162-15-3 du même code est ainsi modifié :

1° Dans le premier alinéa du I, les mots : « des annexes mentionnées à l'article L. 162-15-2 et » et les mots : « en application du dernier alinéa du I de cet article » sont supprimés ;

2° Le premier alinéa du II est ainsi modifié :

a) Les mots : « respectivement les 15 juillet et 15 novembre » sont remplacés par les mots : « le 15 juillet » ;

b) Les mots : « des annexes modificatives mentionnées à l'article L. 162-15-2 et » et les mots : « en application de l'avant-dernier alinéa du II de cet article » sont supprimés ;

3° Les deux dernières phrases du deuxième alinéa du II sont supprimées ;

4° Dans le premier alinéa du III, les mots : « Les annexes et, le cas échéant, » sont supprimés ;

5° Dans les deuxième et troisième alinéas du III, le mot : « annexes » est remplacé par le mot : « mesures » ;

6° Le IV est abrogé ;

7° Le V est ainsi rédigé :

« V. – En l'absence de convention, les tarifs des honoraires, rémunérations et frais accessoires dus par les assurés sociaux aux professionnels concernés, en vigueur au 31 décembre de l'année précédente, sont prorogés jusqu'à l'entrée en vigueur des mesures fixées par les caisses nationales dans les conditions prévues à l'article L. 162-15-2. »

X. – L'article L. 162-5-9 du même code est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du premier alinéa du I est supprimée ;

2° Il est complété par un III et un IV ainsi rédigés :

« III. – Les dispositions du présent article sont applicables à chacune des professions de santé mentionnées à l'article L. 162-1-11, après consultation, pour chaque profession, des organisations syndicales représentatives et de l'organisation en charge des questions de déontologie de cette profession.

« IV. – Le règlement prévu au présent article peut comporter toute disposition entrant dans le champ des conventions nationales en application des dispositions du présent code. »

XI. – Dans le premier alinéa de l'article L. 645-2-1 du même code, les mots : « En ce qui concerne les médecins, » sont supprimés.

XII. – Les articles L. 322-5-1 à L. 322-5-5 du même code sont ainsi modifiés :

1° Dans le deuxième alinéa de l'article L. 322-5-1, les mots : « à l'article L. 322-5-3 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 162-14-2 ou L. 162-15-2 » ;

2° Dans le 5° de l'article L. 322-5-2, les mots : « ainsi que les mécanismes par lesquels est assuré le respect de l'objectif prévu au 1° de l'article L. 322-5-3 » sont supprimés ;

3° Les articles L. 322-5-3 et L. 322-5-5 sont abrogés ;

4° Dans le premier alinéa de l'article L. 322-5-4, les mots : « aux articles L. 162-15, L. 162-15-1, L. 162-15-2 et L. 162-15-3 » sont remplacés par les mots : « à l'article L. 162-15 ».

XIII. – Le 4° de l'article L. 162-14 du même code est abrogé.

XIV. – L'article L. 162-12-18 du même code est ainsi modifié :

1° Le quatrième alinéa est complété par les mots : « ; cette évaluation prend en compte l'application par le professionnel des références opposables et des recommandations de bonne pratique prévues à l'article L. 162-12-15 » ;

2° Le cinquième alinéa est supprimé ;

3° Dans le sixième alinéa, les mots : « le cas échéant » sont remplacés par les mots : « s'agissant d'un professionnel habilité à prescrire » ;

4° Les septième et huitième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« – s’agissant des professions habilitées à prescrire, au niveau, à l’évolution et aux pratiques de prescription, dans le respect des conditions prévues à l’article L. 162-2-1, et en particulier à la prescription en dénomination commune ou à la prescription de médicaments génériques ; »

5° Les dixième et onzième alinéas sont remplacés par un alinéa ainsi rédigé :

« – le niveau de l’activité des professionnels ; ».

XV. – Les conventions en vigueur à la date de publication de la présente loi, y compris les conventions dont la date d’échéance se situe en 2002 et qui font l’objet d’un renouvellement tacite sur le fondement des dispositions du code de la sécurité sociale antérieures à la présente loi, sont réputées conformes aux dispositions de la présente loi jusqu’au 31 décembre 2002. Les avenants aux conventions en vigueur conclus entre la date de publication de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 et la date de publication de la présente loi sont réputés conformes aux dispositions du code de la sécurité sociale.

A défaut de conclusion ou d’approbation d’un avenant les mettant en conformité avec les dispositions du présent article avant cette date, ces conventions et ces avenants sont réputés dénoncés à effet du 31 décembre 2002.

Article 19

I. – L’article L. 5125-23 du code de la santé publique est ainsi modifié :

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

« Le pharmacien ne peut délivrer un médicament ou produit autre que celui qui a été prescrit, ou ayant une dénomination commune différente de la dénomination commune prescrite, qu’avec l’accord exprès et préalable du prescripteur, sauf en cas d’urgence et dans l’intérêt du patient.

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

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

3° Le dernier alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il en est de même lorsque le pharmacien délivre une spécialité au vu d’une prescription libellée en dénomination commune. »

II. – L’article L. 162-16 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

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

« Lorsque le pharmacien d’officine délivre une spécialité sur présentation d’une prescription libellée en dénomination commune, en application du deuxième alinéa de l’article L. 5125-23 du code de la santé publique, l’écart de prix entre la spécialité délivrée et la spécialité la moins chère du même groupe générique ne peut être supérieur à un montant déterminé par la convention prévue à l’article L. 162-16-1 du présent code ou, à défaut, par un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale, de la santé et du budget. » ;

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

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

III. – Dans l'article L. 5521-2 du code de la santé publique, après la référence : « L. 5125-23 », les mots : « premier alinéa » sont remplacés par les mots : « premier et deuxième alinéas ».

Article 20

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

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

Part de l'assiette correspondant aux rapports « R » – entre les charges de prospection et d'information et le chiffre d'affaires hors taxes – suivants	Taux de la contribution par tranche (en pourcentage)
R < à 10 %.....	9,5
R égal ou > à 10 % et < à 12 %	17
R égal ou > à 12 % et < à 14 %	25
R égal ou > à 14 %	31 »

II. – Dans la deuxième phrase du premier alinéa du même article, le taux : « 30 % » est remplacé par le taux : « 40 % ».

III. – Le premier alinéa du même article est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Il est également procédé sur cette assiette à un abattement de 3 % du montant des rémunérations versées au titre de l'emploi des salariés mentionnés à l'article L. 5122-11 du code de la santé publique. »

IV. – Les dispositions du présent article entreront en vigueur pour la détermination de la contribution due le 1^{er} décembre 2002.

Article 21

Dans le deuxième alinéa de l'article L. 245-6-1 du code de la sécurité sociale, le taux : « 2,5 % » est remplacé par les mots : « 2,5 % pour les spécialités pharmaceutiques qui ne peuvent être délivrées que sur prescription et de 1,5 % pour les autres spécialités pharmaceutiques ».

Article 22

L'article L. 162-17-3 du code de la sécurité sociale est complété par un III ainsi rédigé :

« III. – Le rapport d'activité établi par le Comité économique des produits de santé est remis chaque année au Parlement. »

Article 23

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

Article 24

Après l'article L. 165-3 du code de la sécurité sociale, sont insérés deux articles L. 165-3-1 et L. 165-3-2 ainsi rédigés :

« *Art. L. 165-3-1.* – Lorsqu'un organisme d'assurance maladie constate à l'encontre d'un fournisseur de l'un des produits ou prestations inscrits sur la liste prévue à l'article L. 165-1 le non-respect du prix fixé dans les conditions mentionnées à l'article L. 165-3, le directeur de cet organisme adresse au fournisseur une notification par laquelle il lui indique les faits reprochés. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré. Le fournisseur a la possibilité de faire parvenir ses observations à l'organisme, notamment lorsque l'arrêté mentionné à l'article L. 165-3 a prévu des possibilités de dépassement. L'assuré peut également faire part de ses propres observations à l'organisme d'assurance maladie.

« En cas de confirmation de la matérialité des faits, l'organisme d'assurance maladie adresse au fournisseur une mise en demeure de rembourser à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté. Une copie de ce courrier est adressée à l'assuré.

« En cas de non-exécution de la mise en demeure, l'organisme peut prononcer à l'encontre du fournisseur, en fonction de la gravité des faits reprochés, une pénalité financière dans la limite de deux fois le plafond mensuel de la sécurité sociale. L'organisme verse à l'assuré la différence entre le prix facturé et le prix fixé par arrêté.

« Lorsque la gravité ou la répétition des faits est constatée, une suspension du conventionnement, pour une durée maximale de deux ans, peut également être prononcée. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est exécutoire à compter de sa notification au fournisseur. La mesure prononcée par l'organisme d'assurance maladie est motivée et peut faire l'objet d'un recours de pleine juridiction devant le tribunal administratif.

« Les modalités d'application du présent article, notamment les règles et délais de procédures, ainsi que les modes de calcul de la pénalité financière, sont déterminées par décret en Conseil d'Etat.

« *Art. L. 165-3-2.* – Pour le recouvrement des sommes exigées des fournisseurs au titre des dispositions de l'article L. 165-3-1, l'organisme d'assurance maladie peut faire usage des prérogatives et des règles applicables par les organismes de recouvrement des cotisations de sécurité sociale. L'organisme d'assurance maladie, lorsqu'il est débiteur vis-à-vis du fournisseur, peut également déduire la somme des montants dus. »

Article 25

I. – L'article 42 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est ainsi modifié :

1° Les mots : « 150 millions de francs » sont remplacés par les mots : « 750 millions de francs » ;

2° Il est complété par un II ainsi rédigé :

« II. – Le VIII de l'article 33 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 (n° 99-1140 du 29 décembre 1999) est ainsi modifié :

« A. – Le premier alinéa du A est remplacé par quatre alinéas ainsi rédigés :

« Il est créé, pour une durée de cinq ans à compter du 1er janvier 2000, un fonds destiné à financer, dans le respect du schéma régional d'organisation sanitaire :

« – des opérations concourant à l'adaptation de l'offre de soins hospitaliers au niveau régional,

« – à compter du 1er janvier 2001, des actions en matière sociale et salariale,

« réalisées par les établissements de santé privés mentionnés à l'article L. 6114-3 du code de la santé publique. »

« B. – Après le premier alinéa du A, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les subventions au titre des actions réalisées en matière sociale et salariale sont attribuées selon des modalités définies par décret en fonction des données utilisées pour fixer les règles générales et les critères de modulation des tarifs. Ces règles et critères sont tels que définis à l'article L. 162-22-4 du code de la sécurité sociale : la place de l'établissement dans le schéma régional d'organisation sanitaire, l'ensemble des ressources dont ils disposent pour ces actions, en particulier le niveau des tarifs des prestations des établissements de la région apprécié en fonction des données disponibles sur l'activité des établissements et notamment des informations mentionnées aux articles L. 6113-7 et L. 6113-8 du code de la santé publique. »

« C. – Le second alinéa du E est ainsi rédigé :

« Les modalités d'application du présent VIII, notamment les opérations et les actions éligibles à un financement par le fonds, ainsi que les informations mises à la disposition de l'agence régionale de l'hospitalisation par l'établissement à l'appui de sa demande, sont déterminées par décret. » » ;

3° Le début de l'article est précédé de la mention : « I. – ».

II. – 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 91,5 millions d'euros pour l'année 2002.

Article 26

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

1° Dans le I et le IV, après le mot : « modernisation », le mot : « sociale » est supprimé ;

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

« III. – Ce fonds finance également des dépenses d'investissement et de fonctionnement des établissements de santé. » ;

3° Dans le IV, le montant : « 300 millions de francs » est remplacé par le montant : « 600 millions de francs » ;

4° A la fin du VI, la référence : « V » est remplacée par la référence : « VI » ;

5° Les III, IV, V et VI deviennent respectivement les IV, V, VI et VII.

II. – Le montant de la participation des régimes obligatoires d'assurance maladie au financement du Fonds pour la modernisation des établissements de santé est fixé, pour l'année 2002, à 152,45 millions d'euros.

Article 27

I. – Pour 2002, le montant maximal 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 106,72 millions d'euros.

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

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

1° Dans la deuxième phrase du I, après les mots : « Les professionnels de santé exerçant en ville », sont insérés les mots : « et les centres de santé » ;

2° Le II est complété par une phrase ainsi rédigée :

« En outre, par l'octroi d'aides aux organismes concernés, il finance des actions concourant à l'amélioration de la qualité et de la coordination des soins dispensés en ville dans le cadre de centres de santé. » ;

3° Dans le IV, après les mots : « exerçant en ville », sont insérés les mots : « et des centres de santé » ;

4° Le II est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Les frais de gestion sont à la charge du fonds dans des conditions fixées par décret. » ;

5° Au I, les mots : « cinq ans » sont remplacés par les mots : « huit ans » ;

6° Il est complété par un V ainsi rédigé :

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

Article 28

L'article L. 162-32-1 du code de la sécurité sociale est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« 6° Les conditions dans lesquelles les organismes d'assurance maladie participent à des actions d'accompagnement de l'informatisation des centres de santé, notamment pour ce qui concerne la transmission par voie électronique des documents nécessaires au remboursement ou à la prise en charge. Les centres s'engagent dans ce cadre à réaliser un taux significatif de télétransmission de documents nécessaires au remboursement des actes ou des prestations qu'ils dispensent ;

« 7° Les objectifs et les modalités d'organisation de la formation professionnelle conventionnelle des différentes catégories de personnels médicaux et paramédicaux exerçant

dans les centres de santé. La convention fixe le montant de la dotation annuelle des caisses nationales d'assurance maladie signataires assurant le financement de ces formations. »

Article 29

I. – Après le premier alinéa de l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale, sont insérés six alinéas ainsi rédigés :

« Le bénéfice de certaines prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 peut être subordonné à l'accord préalable du service du contrôle médical. Cet accord préalable peut être exigé pour les prestations dont :

« – la nécessité doit être appréciée au regard d'indications déterminées ou de conditions particulières d'ordre médical ;

« – la justification, du fait de leur caractère innovant ou des risques encourus par le bénéficiaire, doit être préalablement vérifiée eu égard notamment à l'état du bénéficiaire et aux alternatives thérapeutiques possibles ;

« – le caractère particulièrement coûteux doit faire l'objet d'un suivi particulier afin d'en évaluer l'impact sur les dépenses de l'assurance maladie.

« Il est précisé lors de l'admission au remboursement des prestations mentionnées au I de l'article L. 315-1 que leur bénéfice est, le cas échéant, subordonné à l'accord préalable mentionné ci-dessus.

« Les conditions d'application des alinéas précédents sont fixées par décret. »

II. – Dans la première phrase du deuxième alinéa du même article, les mots : « des dispositions particulières qui subordonnent le bénéfice de certaines prestations à l'accord préalable de l'organisme de prise en charge » sont remplacés par les mots : « des dispositions des deuxième à cinquième alinéas ».

III. – Les dispositions du présent article entrent en vigueur à la date de publication du décret prévu à l'article L. 315-2 du code de la sécurité sociale.

Article 30

I. – La section 2 du chapitre IV du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est ainsi rédigée :

« Section 2

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

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

« Les dépenses afférentes aux soins dispensés aux assurés sociaux et aux bénéficiaires de l'aide sociale dans les unités ou centres de long séjour, mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du

code de la santé publique, sont prises en charge suivant des modalités fixées par voie réglementaire soit par les régimes d'assurance maladie, soit par l'aide médicale de l'Etat. Le montant annuel de ces dépenses prises en charge par l'assurance maladie est inclus dans le montant total annuel défini à l'article L. 174-1-1 du présent code.

« Art. L. 174-6. – Les sommes dues au titre des dépenses prises en charge par les organismes d'assurance maladie dans les unités ou centres de soins de longue durée mentionnés au 2° de l'article L. 6111-2 du code de la santé publique sont versées à l'établissement ou au service, pour le compte de l'ensemble des régimes d'assurance maladie, par la caisse primaire d'assurance maladie dans la circonscription de laquelle est implanté l'unité ou le centre de soins de longue durée. Toutefois, par convention entre les régimes, ce rôle peut être rempli par une caisse relevant d'un autre régime, lorsque dans une unité ou un centre le nombre de ses ressortissants est le plus élevé.

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

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

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

1° Le 1° est ainsi rédigé :

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

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

III. – L'article L. 232-8 du code de l'action sociale et des familles est ainsi modifié :

1° Dans le deuxième alinéa du I, après la référence : « L. 132-2 », les mots : « ainsi qu'au deuxième alinéa de l'article L. 232-4 » sont supprimés ;

2° Après le troisième alinéa du I, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« De même, ne sont pas pris en compte, pour le calcul des ressources de l'intéressé, les concours financiers apportés par les enfants pour les prises en charge nécessitées par la perte d'autonomie de leurs parents, ainsi que certaines prestations sociales à objet spécialisé dont la liste est fixée par voie réglementaire. »

Article 31

L'ordonnance n° 82-272 du 26 mars 1982 relative à la durée hebdomadaire du travail dans les établissements sanitaires et sociaux mentionnés à l'article 2 du titre IV du statut général des fonctionnaires est ainsi modifiée :

1° L'article 1er est ainsi rédigé :

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

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

Article 32

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

Article 33

Dans un délai de trois mois après la publication de la présente loi, le Gouvernement présente au Parlement un rapport exposant les conditions dans lesquelles les techniciens des laboratoires hospitaliers pourraient être classés en catégorie B active de la fonction publique hospitalière.

Article 34

I. – Après l'article L. 2132-2 du code de la santé publique, il est inséré un article L. 2132-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 2132-2-1.* – Dans l'année qui suit leur sixième et leur douzième anniversaire, les enfants sont obligatoirement soumis à un examen bucco-dentaire de prévention réalisé par un chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie. La nature et les modalités de cet examen sont définies par arrêté interministériel. Cet examen ne donne pas lieu à contribution financière de la part des familles. Cette obligation est réputée remplie lorsque le chirurgien-dentiste ou un médecin qualifié en stomatologie atteste sur le carnet de santé mentionné à l'article L. 2132-1 de la réalisation des examens dispensés.

« Les professionnels et organismes qui participent à la réalisation des examens de prévention susmentionnés s'engagent contractuellement auprès des organismes d'assurance maladie, sur la base d'une convention type fixée par arrêté interministériel pris après avis de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, à respecter les conditions de mise en œuvre de ces examens. Celles-ci concernent notamment l'information des personnes concernées, la qualité des examens, le suivi des personnes et la transmission des informations nécessaires à l'évaluation du programme de prévention dans le respect des dispositions de la loi n° 78-17 du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés. »

II. – Dans le deuxième alinéa de l'article L. 2132-1 du même code, les mots : « à l'article L. 2132-2 » sont remplacés par les mots : « aux articles L. 2132-2 et L. 2132-2-1 ».

III. – 1. Les dispositions du premier alinéa de l'article L. 2132-2-1 du même code et les dispositions du II du présent article sont applicables à Mayotte.

2. Le 3° de l'article L. 2411-1 du même code est ainsi rédigé :

« 3° Les titres III, à l'exception du deuxième alinéa de l'article L. 2132-2-1, IV et V. »

IV. – L'article L. 321-1 du code de la sécurité sociale est complété par un alinéa ainsi :

« 9° La couverture des frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique. »

V. – Dans le premier alinéa de l'article L. 615-14 du même code, les mots : « et 8° » sont remplacés par les mots : « , 8° et 9° ».

VI. – L'article L. 322-3 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« 17° Pour les frais relatifs à l'examen de prévention bucco-dentaire mentionné au 9° de l'article L. 321-1. »

VII. – Après l'article L. 162-1-10 du même code, il est inséré un article L. 162-1-12 ainsi rédigé :

« *Art. L. 162-1-12.* – Les personnes bénéficiant de l'examen mentionné à l'article L. 2132-2-1 du code de la santé publique et des soins consécutifs à cet examen, à l'exception des soins prothétiques et d'orthopédie dento-faciale, réalisés dans un délai de six mois, sont dispensées de l'avance des frais pour la part des dépenses prise en charge par les régimes obligatoires de l'assurance maladie et maternité.

« Lorsque ces personnes bénéficient d'une protection complémentaire en matière de frais de soins de santé, elles bénéficient également de la procédure de dispense d'avance des frais pour la part de ces dépenses servie soit par une mutuelle régie par le code de la mutualité, soit par une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou le livre VII du code rural, soit par une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au dernier alinéa de l'article L. 861-3 du présent code. »

Article 35

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

« *Art. L. 162-31-1.* – Dans le respect des dispositifs départementaux de l'aide médicale d'urgence, des services de garde et des transports sanitaires dont les modalités sont définies par voie réglementaire, l'association de professionnels de santé libéraux à des actions permettant d'améliorer la permanence des soins peut faire l'objet de financement dans le cadre d'actions expérimentales jusqu'au 31 décembre 2004. Les établissements de santé peuvent participer à ces actions expérimentales.

« Dans le cadre de ces expérimentations, il peut être fait application des dérogations mentionnées à l'article L. 162-45 et, le cas échéant, des dispositions prévues à la section 10 du chapitre II du titre VI du livre Ier.

« Les modalités de mise en œuvre du présent article et, en particulier, d'évaluation de ces actions sont précisées par un décret en Conseil d'Etat. »

Article 36

I. – Le chapitre II du titre VI du livre Ier du code de la sécurité sociale est complété par une section 10 ainsi rédigée :

« Section 10

« Réseaux

« *Art. L. 162-43.* – Il est créé, au sein de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie visé au 4° du I de l'article L.O. 111-3, une dotation nationale de développement des réseaux. Un arrêté des ministres chargés de la sécurité sociale et de la santé détermine le montant de cette dotation, ainsi que, pour chaque région, le montant limitatif de la dotation régionale de développement des réseaux.

« Cet arrêté précise également la constitution de la dotation nationale en parts qui s'imputent respectivement sur le montant total annuel des dépenses hospitalières mentionné à l'article L. 174-1-1, sur l'objectif quantifié national mentionné à l'article L. 162-22-2, sur l'objectif de dépenses mentionné à l'article L. 315-9 du code de l'action sociale et des familles et sur l'objectif prévisionnel des dépenses de soins de ville mentionné au deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du présent code.

« *Art. L. 162-44.* – Dans le cadre des priorités pluriannuelles de santé, le directeur de l'agence régionale de l'hospitalisation et le directeur de l'union régionale des caisses d'assurance maladie décident conjointement, dans la limite de la dotation régionale de développement des réseaux prévue à l'article L. 162-43, des financements mentionnés à l'article L. 162-45, supportés par les régimes d'assurance maladie et qui sont accordés aux actions réalisées dans le cadre des réseaux de santé.

« *Art. L. 162-45.* – Pour organiser la coordination et la continuité des soins, la décision mentionnée à l'article L. 162-44 peut prévoir la prise en charge par l'assurance maladie sous la forme d'un règlement forfaitaire de tout ou partie des dépenses du réseau. Les financements forfaitaires correspondants peuvent être versés aux professionnels de santé concernés ou, le cas échéant, directement à la structure gestionnaire du réseau. La décision détermine les modalités de ces versements ainsi que, le cas échéant, les prix facturés aux assurés sociaux des prestations fournies par le réseau.

« En tant que de besoin, elle peut déroger aux dispositions suivantes du code de la sécurité sociale :

« 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 ;

« 2° Articles L.321-1 et L. 615-14 en tant qu'ils concernent les frais couverts par l'assurance maladie ;

« 3° Article L.162-2 en tant qu'il concerne le paiement direct des honoraires par le malade ;

« 4° Article L.322-3 relatif à la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations.

« *Art. L. 162-46.* – Un décret en Conseil d'Etat précise en tant que de besoin les modalités d'application de la présente section et fixe les modalités de l'évaluation des procédures de

financement mises en œuvre au titre des dispositions prévues par ces articles et de l'évaluation des actions qui bénéficient de ces financements. »

II. – 1. Dans la première phrase du troisième alinéa de l'article L.174-1-1 du même code, après les mots : « est constitué », sont insérés les mots : « , après imputation de la part mentionnée à l'article L.162-43, ».

2. Dans le deuxième alinéa du I de l'article L.162-22-2 du même code, après les mots : « Ce montant prend en compte », sont insérés les mots : « , outre la part mentionnée à l'article L. 162-43, ».

3. Dans le quatrième alinéa de l'article L.315-9 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « est constitué », sont insérés les mots : « , après imputation de la part mentionnée à l'article L. 162-43 du code de la sécurité sociale, ».

4. Dans le deuxième alinéa du II de l'article L. 227-1 du code de la sécurité sociale, après les mots : « en son sein, », sont insérés les mots : « la part mentionnée à l'article L. 162-43 et ».

5. Dans le 1° du I de l'article L. 325-2 du même code, les mots : « prévues à l'article L. 162-31-1 du présent code » sont supprimés.

III. – Les agréments pris sous l'empire de l'article L. 162-31-1 du code de la sécurité sociale dans sa rédaction antérieure à la présente loi continuent de produire leurs effets, pour la durée fixée par l'agrément, en tant qu'ils concernent les dérogations prévues au II de cet article.

Article 37

I. – Après l'article L. 380-4 du code de la sécurité sociale, il est inséré un article L.380-5 ainsi rédigé :

« *Art. L.380-5.* – Les ayants droit mineurs des personnes ne remplissant pas la condition de résidence stable et régulière prévue à l'article L. 380-1 sont affiliés au régime général au titre du présent chapitre. »

II. – Dans le premier alinéa de l'article L. 251-1 du code de l'action sociale et des familles, après les mots : « au sens des articles L. 161-14 et L. 313-3 de ce code », sont insérés les mots : « autres que celles visées à l'article L. 380-5 de ce code ».

Article 38

I. – Avant le dernier alinéa de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les personnes dont le droit aux prestations définies aux cinq premiers alinéas du présent article vient à expiration bénéficient, pour une durée d'un an à compter de la date d'expiration de ce droit, de la procédure de dispense d'avance des frais prévue à l'alinéa précédent pour la part de leurs dépenses prise en charge par les régimes obligatoires d'assurance maladie et maternité. »

II. – Après l'article 6-2 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, il est inséré un article 6-3 ainsi rédigé :

« *Art. 6-3.* – Lorsque les personnes mentionnées au huitième alinéa de l'article L. 861-3 du code de la sécurité sociale acquièrent une protection complémentaire souscrite à titre individuel

en matière de frais de soins de santé, aucune période probatoire ne peut leur être opposée. Elles bénéficient en outre de la procédure de dispense de frais, pour une durée d'un an à compter de l'expiration de leur droit aux prestations définies aux cinq premiers alinéas de l'article L. 861-3 précité, dans les conditions prévues par décret, pour la part de ces mêmes dépenses prise en charge par les organismes visés au b de l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale. »

Article 39

I. – L'article 25 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi modifié :

1° Le II est complété par un alinéa ainsi rédigé :

« Le fonds peut contribuer au financement des aides aux professionnels de santé mentionnés à l'alinéa précédent, autres que des médecins, en vue de faciliter leur installation dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Un décret détermine les conditions dans lesquelles ces zones sont définies par le représentant de l'Etat dans la région après l'avis du conseil régional de santé. » ;

2° Dans le IV, après les mots : « financement par le fonds », sont insérés les mots : « et les obligations auxquelles sont soumis le cas échéant les professionnels de santé bénéficiant de ce financement ».

II. – Le II de l'article 4 de l'ordonnance n° 96-345 du 24 avril 1996 relative à la maîtrise médicalisée des dépenses de soins est ainsi modifié :

1° Dans le 1°, les mots : « D'une part, » sont supprimés ;

2° Dans le 2°, les mots : « D'autre part, » sont supprimés ;

3° Après le 2°, il est inséré un 3° ainsi rédigé :

« 3° A financer des aides en vue de faciliter l'installation des médecins libéraux dans des zones rurales ou urbaines où est constaté un déficit en matière d'offre de soins. Un décret détermine les conditions dans lesquelles ces zones sont définies par le représentant de l'Etat dans la région après l'avis du conseil régional de santé. » ;

4° Dans le dernier alinéa, le mot : « deux » est remplacé par le mot : « trois » et le même alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce décret précise les obligations auxquelles sont soumis les médecins bénéficiant des aides mentionnées au 3°. »

Article 40

I. – A. – Dans la première phrase du premier alinéa de l'article L. 162-17 du code de la sécurité sociale, après les mots : « assurance maladie », sont insérés les mots : « , lorsqu'ils sont dispensés en officine, ».

B. – Après le premier alinéa du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

« Les médicaments inscrits sur la liste prévue à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique sont pris en charge ou donnent lieu à remboursement par l'assurance maladie lorsqu'ils sont délivrés par une pharmacie à usage intérieur d'un établissement de santé dûment autorisé. Cette liste précise les seules indications thérapeutiques ouvrant droit à la prise en charge ou au remboursement des médicaments. »

II. – A. – Dans la partie législative du code de la sécurité sociale et dans le code de la santé publique, les mots : « la liste mentionnée à l'article L. 162-17 » ou les mots : « la liste prévue à l'article L. 162-17 » sont remplacés par les mots : « la liste mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-17 ».

B. – Dans l'article L. 245-1 du code de la sécurité sociale, les mots : « en application des premier et deuxième alinéas de l'article L. 162-17 » sont remplacés par les mots : « en application des premier et dernier alinéas de l'article L. 162-17 ».

C. – A la fin du deuxième alinéa de l'article L. 245-2 du même code, les mots : « aux articles L. 162-17 du présent code et L. 5123-2 du code de la santé publique » sont remplacés par les mots : « au premier alinéa de l'article L. 162-17 du présent code et à l'article L. 5123-2 du code de la santé publique ».

Article 41

Préalablement à la publication de la liste mentionnée à l'article L. 5126-4 du code de la santé publique, les médicaments vendus au public à la date de la publication de la présente loi et ceux qui viendraient à être vendus sur décision des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale par les pharmacies à usage intérieur des établissements de santé sont pris en charge par l'assurance maladie.

Article 42

Le fonds national d'assurance maladie de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés participe de façon exceptionnelle en 2001, à hauteur de 1,3 milliard de francs, au financement du fonds de concours créé en vue de l'achat, du stockage et de la livraison par l'Etat de traitements pour les pathologies résultant d'actes terroristes.

Section 2

Branche accidents du travail

Article 43

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

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

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

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

« Il emploie des agents régis par les titres II, III ou IV du statut général des fonctionnaires en position d'activité, de détachement ou de mise à disposition. Il emploie également des agents contractuels de droit public avec lesquels il peut conclure des contrats à durée déterminée ou indéterminée. Il peut également faire appel à des agents contractuels de droit privé pour occuper

des fonctions exigeant une qualification particulière dans le domaine de l'indemnisation des préjudices ou des maladies professionnelles. Les agents contractuels employés par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante sont tenus au secret et à la discrétion professionnels dans les mêmes conditions que celles qui sont définies à l'article 26 de la loi n° 83-634 du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires. »

Article 44

Dans le cinquième alinéa du I de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), après les mots : « ouvriers dockers professionnels », sont insérés les mots : « et personnels portuaires assurant la manutention ».

Article 45

Dans le sixième alinéa du I de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998), les mots : « étaient manipulés des sacs d'amiante » sont remplacés par les mots : « était manipulé de l'amiante ».

Article 46

Le dernier alinéa du I de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« Le bénéficiaire de l'allocation de cessation anticipée d'activité ne peut se cumuler ni avec l'un des revenus ou l'une des allocations mentionnés à l'article L. 131-2 du code de la sécurité sociale, ni avec un avantage personnel de vieillesse, ni avec un avantage d'invalidité, ni avec une allocation de préretraite ou de cessation anticipée d'activité, sous réserve des dispositions de l'alinéa suivant.

« Une allocation différentielle peut être versée en complément d'une pension d'invalidité ou d'un avantage de réversion ou d'un avantage personnel de vieillesse servi par un régime spécial visé au chapitre Ier du titre Ier du livre VII du code de la sécurité sociale, dans la limite de l'allocation calculée dans les conditions prévues au présent article. »

Article 47

I. – Le III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi rédigé :

« III. – Il est créé un Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, chargé de financer l'allocation visée au I. Ses ressources sont constituées d'une fraction égale à 0,39 % du produit du droit de consommation prévu à l'article 575 du code général des impôts et d'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.

« Un conseil de surveillance, composé de représentants de l'Etat, de représentants de la commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L 221-4 du code de la sécurité sociale et de personnalités qualifiées, veille au respect des dispositions du présent article. Il examine les comptes du fonds et transmet au Parlement et au Gouvernement un rapport annuel retraçant l'activité du fonds et formulant toutes observations relatives à son fonctionnement. »

II. – Le montant de la contribution de la branche accidents du travail et maladies professionnelles du régime général de la sécurité sociale au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, mentionnée au III de l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée, est fixé à 200 millions d'euros pour l'année 2002.

Article 48

Le V de l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000) est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Celui-ci a la possibilité de se faire assister ou représenter par son conjoint, un ascendant ou un descendant en ligne directe, ou un avocat, ou un délégué des associations de mutilés et invalides du travail les plus représentatives. »

Article 49

I. – 1. Le II de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 (n° 98-1194 du 23 décembre 1998) est ainsi rédigé :

« II. – Par dérogation aux dispositions des articles L. 431-2 et L. 461-5 du code de la sécurité sociale, les droits aux prestations, indemnités et majoration prévus par les dispositions du livre IV dudit code et par les dispositions du chapitre Ier du titre V du livre VII du code rural, y compris en cas de faute inexcusable de l'employeur, au profit des victimes d'affections professionnelles consécutives à l'inhalation de poussières d'amiante ou provoquées par elles, et ceux de leurs ayants droit, sont rouverts dès lors qu'ils ont fait l'objet d'une première constatation médicale entre le 1er janvier 1947 et la date d'entrée en vigueur de la présente loi. »

2. Sous réserve des décisions de justice passées en force de chose jugée, les dispositions du présent I sont applicables aux procédures relatives au contentieux de la sécurité sociale en cours devant les juridictions.

II. – Le premier alinéa du III de l'article 40 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999 précitée est supprimé.

III. – Le dernier alinéa de l'article L. 431-2 du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « ou de l'action en reconnaissance du caractère professionnel de l'accident ».

IV. – La première phrase du deuxième alinéa de l'article L. 434-1 du même code est complétée par les mots : « dont les montants sont revalorisés dans les conditions fixées à l'article L. 351-11 ».

V. – L'article L. 361-3 du même code est abrogé.

Article 50

I. – L'article L. 411-2 du code de la sécurité sociale est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Le lieu du travail chez un employeur et le lieu du travail chez un autre employeur, ces deux employeurs faisant partie d'un groupement mentionné à l'article L. 127-1 du code du travail. »

II. – L'article L. 751-6 du code rural est complété par un 3° ainsi rédigé :

« 3° Le lieu du travail chez un employeur et le lieu du travail chez un autre employeur, ces deux employeurs faisant partie d'un groupement mentionné à l'article L. 127-1 du code du travail. »

Article 51

Le troisième alinéa (1°) de l'article L. 751-6 du code rural est complété par une phrase ainsi rédigée :

« Ce trajet peut ne pas être le plus direct lorsque le détour effectué est rendu nécessaire dans le cadre d'un covoiturage régulier ; ».

Article 52

Dans la première phrase du troisième alinéa de l'article L. 434-2 du code de la sécurité sociale, le mot : « totale » est remplacé par les mots : « égale ou supérieure à un taux minimum ».

Article 53

I. – Le premier alinéa de l'article L. 434-8 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« Sous réserve des dispositions des alinéas suivants, le conjoint ou le concubin ou la personne liée par un pacte civil de solidarité a droit à une rente viagère égale à une fraction du salaire annuel de la victime, à condition que le mariage ait été contracté, le pacte civil de solidarité conclu ou la situation de concubinage établie antérieurement à l'accident ou, à défaut, qu'ils l'aient été depuis une durée déterminée à la date du décès. Toutefois, ces conditions ne sont pas exigées si les époux, les concubins ou les partenaires du pacte civil de solidarité ont eu un ou plusieurs enfants. »

II. – Les dispositions du présent article sont applicables aux accidents survenus à compter du 1er septembre 2001.

III. – Pour les accidents survenus à compter du 1er septembre 2001 et jusqu'à l'intervention du décret en Conseil d'Etat mentionné à l'article L. 482-5 du code de la sécurité sociale, les dispositions suivantes s'appliquent.

La fraction du salaire annuel de la victime visée au premier alinéa de l'article L. 434-8 du même code est fixée à 40 %.

Pour les enfants mentionnés à l'article L. 434-10 du même code, cette fraction est fixée à 25 % de ce salaire pour chacun des deux premiers enfants et à 20 % par enfant au-delà de deux. Lorsque les enfants sont orphelins de père et de mère au moment de l'accident ou le deviennent postérieurement, ils bénéficient d'un complément de rente égal à 10 %.

Article 54

I. – Le chapitre VI du titre VII du livre I^{er} du code de la sécurité sociale est intitulé : « Reversement forfaitaire à l'assurance maladie au titre des accidents du travail et des maladies professionnelles ».

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

III. – A. – Après l'article L. 176-1 du même code, il est inséré un article L. 176-2 ainsi rédigé :

« *Art. L. 176-2.* – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 est fixé chaque année par la loi de financement de la sécurité sociale.

« Une commission présidée par un magistrat à la Cour des comptes remet tous les trois ans, au Parlement et au Gouvernement, un rapport évaluant le coût réel pour la branche maladie de la sous-déclaration des accidents du travail et des maladies professionnelles. La commission des accidents du travail et des maladies professionnelles mentionnée à l'article L. 221-4 rend un avis sur ce rapport, qui est également transmis au Parlement et au Gouvernement. »

B. – Le montant du versement mentionné à l'article L. 176-1 du même code est fixé, pour l'année 2002, à 299,62 millions d'euros.

IV. – A. – La dernière phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 176-1 du même code est supprimée.

B. – Le II de l'article 30 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1997 (n° 96-1160 du 27 décembre 1996) est abrogé.

Section 3

Branche famille

Article 55

I. – Il est créé, au chapitre II du titre II du livre I^{er} du code du travail, un article L. 122-25-4 ainsi rédigé :

« *Art. L. 122-25-4.* – Après la naissance de son enfant et dans un délai fixé par décret, le père salarié bénéficie d'un congé de paternité de onze jours consécutifs ou de dix-huit jours consécutifs en cas de naissances multiples entraînant la suspension de son contrat de travail. Le salarié qui souhaite bénéficier du congé de paternité doit avertir son employeur au moins un mois avant la date à laquelle il entend prendre son congé, en précisant la date à laquelle il entend mettre fin à la suspension de son contrat de travail. »

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

1° Le cinquième alinéa est ainsi rédigé :

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

périodes, dont la plus courte ne saurait être inférieure à onze jours. Ces deux périodes peuvent être simultanées. » ;

2° Le septième alinéa est ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

XI. – Au titre III du livre III du même code, il est inséré, avant le chapitre Ier, un article L. 330-1 ainsi rédigé :

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

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

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

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

XII. – Le titre III du livre III du même code est ainsi modifié :

1° Son intitulé est ainsi rédigé : « Assurance maternité et congé de paternité » ;

2° L'intitulé du chapitre Ier est ainsi rédigé : « Dispositions propres à l'assurance maternité et au congé de paternité » ;

3° Le chapitre Ier est complété par une section 4 ainsi rédigée :

« Section 4

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

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

« En cas de naissances multiples, la durée maximale fixée au précédent alinéa est égale à dix-huit jours consécutifs.

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

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

XIII. – L'article L. 331-7 du même code est ainsi modifié :

1° La dernière phrase du premier alinéa est supprimée ;

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

« L'indemnité journalière de repos est due, pendant dix semaines au plus ou vingt-deux semaines au plus en cas d'adoptions multiples, à la condition que l'intéressée cesse tout travail salarié durant la période d'indemnisation. Celle-ci débute à compter de l'arrivée de l'enfant au foyer ou dans les sept jours qui précèdent la date prévue de cette arrivée. » ;

3° La seconde phrase du dernier alinéa est ainsi rédigée :

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

XIV. – Dans l'article L. 711-9 du même code, le mot : « troisième » est remplacé par le mot : « quatrième ».

XV. – Les articles L. 532-4 et L. 544-8 du même code sont ainsi modifiés :

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

2° Le troisième alinéa est ainsi rédigé :

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

XVI. – A. – La sous-section 2 de la section 3 du chapitre IV du titre I^{er} du livre VI du même code est complétée par un article L. 615-19-2 ainsi rédigé :

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

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

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

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

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

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

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

XVII. – A. – Aux articles L. 711-8 et L. 713-14 du même code, les références : « L. 331-5 et L. 331-7 » sont remplacées par les références : « L. 331-5, L. 331-7 et L. 331-8 » et le mot : « assurées » est remplacé par le mot : « assurés ».

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

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

« *Art. L. 732-12-1.* – Les pères appartenant aux catégories mentionnées aux 1° et 2°, au a du 4° et au 5° de l'article L. 722-10 bénéficient, à l'occasion de la naissance ou de l'arrivée à leur

foyer d'un enfant confié en vue de son adoption par un service d'aide sociale à l'enfance ou par un organisme autorisé pour l'adoption, sur leur demande et sous réserve de se faire remplacer par du personnel salarié dans leurs travaux, d'une allocation de remplacement.

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

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

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

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

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

XXII. – Les dispositions du présent article sont applicables aux enfants nés ou adoptés à partir du 1er janvier 2002 et aux enfants nés avant cette date alors que leur naissance présumée était postérieure au 31 décembre 2001.

Article 56

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

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

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

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

II. – L'article L. 241-2 du même est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

III. – L'article L. 612-1 du même code est complété par un alinéa ainsi rédigé :

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

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

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

Article 57

I. – Le premier alinéa de l'article L. 544-6 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« L'allocation de présence parentale est due à compter du premier jour du mois civil au cours duquel est déposée la demande, sous réserve que les conditions d'ouverture de droit soient réunies à cette date. »

II. – Dans la première phrase du quatrième alinéa de l'article L. 122-28-9 du code du travail, les mots : « un mois » sont remplacés par les mots : « quinze jours ».

Article 58

La loi n° 72-662 du 13 juillet 1972 portant statut général des militaires est ainsi modifiée :

I. – L'article 57 est complété par un 9° ainsi rédigé :

« 9° En congé de présence parentale. »

II. – Après l'article 65-2, il est inséré un article 65-3 ainsi rédigé :

« *Art. 65-3.* – Le congé de présence parentale est la situation du militaire qui est admis à cesser temporairement de servir les armées lorsque la maladie, l'accident ou le handicap grave d'un enfant à charge nécessite la présence de sa mère ou de son père auprès de lui.

« Ce congé, sans solde, est accordé, sur demande écrite du militaire, pour une durée initiale de quatre mois au plus, renouvelable deux fois, dans la limite d'un an.

« Dans cette situation, le militaire n'acquiert pas de droit à la retraite ; il conserve ses droits à l'avancement d'échelon, réduits de moitié. A l'expiration de son congé, il est réintégré de plein droit, au besoin en surnombre, dans son corps d'origine. Il peut, sur sa demande, être réaffecté dans un poste le plus proche possible de sa résidence, sous réserve des nécessités du service.

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

III. – Dans la troisième phrase de l'article 82, les références : « 57 (1°, 2°, 7° et 8°), 60, 65-1, 65-2 » sont remplacées par les références : « 57 (1°, 2°, 7°, 8° et 9°), 60, 65-1, 65-2, 65-3, ».

IV. – A l'article 94, les références : « 57 (1°, 5°, 7° et 8°), 63, 65-1 et 65-2 » sont remplacées par les références : « 57 (1°, 5°, 7°, 8° et 9°), 60, 65-1, 65-2 et 65-3 ».

Article 59

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

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

Article 60

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

Article 61

Le chapitre III du titre IV du livre V du code de la sécurité sociale est complété par un article L. 543-2 ainsi rétabli :

« *Art. L. 543-2.* – Une allocation différentielle est due lorsque les ressources excèdent le plafond mentionné à l'article L. 543-1 d'un montant inférieur à une somme déterminée. Ses modalités de calcul sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

Section 4

Branche vieillesse

Article 62

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

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

Article 63

I. – A l'article L. 161-19 du code de la sécurité sociale, les mots : « de mobilisation ou de captivité » sont remplacés par les mots : « de service national légal, de mobilisation ou de captivité ».

II. – Le premier alinéa de l'article L. 732-21 du code rural est remplacé par deux alinéas ainsi rédigés :

« L'interruption d'activité résultant de maladie ou d'infirmité graves empêchant toute activité professionnelle ne prive pas l'intéressé de droit à la pension de retraite.

« Toute période de service national légal, de mobilisation ou de captivité est, sans condition préalable, assimilée à une période d'assurance pour l'ouverture du droit à la liquidation des avantages vieillesse. »

Article 64

L'article L. 351-4 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« *Art. L. 351-4.* – Les femmes assurées sociales ayant élevé un ou plusieurs enfants bénéficient d'une majoration de leur durée d'assurance par enfant élevé dans des conditions fixées par décret. »

Article 65

Le Gouvernement présentera au Parlement, au plus tard le 31 mai 2002, un rapport faisant état du nombre de personnes handicapées âgées de plus de soixante ans, de la nature et de l'état actuel des équipements susceptibles de les accueillir ainsi que des différents types d'établissements qui devraient être créés pour répondre au problème spécifique de leur hébergement.

Article 66

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

1° L'intitulé de la section 4 du chapitre Ier du titre VIII du livre III est ainsi rédigé : « Ministres des cultes et membres des congrégations et collectivités religieuses (assurance maladie, assurance maternité et assurance invalidité) » ;

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

a) La première phrase du 1° est ainsi rédigée :

« Par des cotisations personnelles assises sur une base forfaitaire et à la charge des ministres des cultes et des membres des congrégations et collectivités religieuses. » ;

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

c) L'avant-dernier alinéa est supprimé ;

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

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

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

« La pension d'invalidité est remplacée, à l'âge fixé en application de l'article L. 721-5, par la pension de vieillesse prévue à la section 2 du chapitre Ier du titre II du livre VII.

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

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

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

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

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

7° Le 3° de l'article L. 721-5 est ainsi rédigé :

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

8° A l'article L. 721-5-1, la référence : « à l'article L. 721-11-1 » est remplacée par la référence : « à l'article L.381-18-1 » ;

9° La section 3 du chapitre Ier du titre II du livre VII est abrogée.

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

III. – Les dispositions du I s'appliquent à compter du 1er janvier 2002.

Article 67

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

II. – Dans le 5° de l'article L. 135-7 du même code, le pourcentage : « 50 % » est remplacé par le pourcentage : « 65 % ».

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

Article 68

La Caisse nationale des allocations familiales verse en 2002 la somme de 762 millions d'euros au Fonds de réserve pour les retraites mentionné à l'article L. 135-6 du code de la sécurité sociale. Cette somme est prélevée sur le résultat excédentaire 2000 de la branche famille, après affectation d'une fraction de celui-ci au Fonds d'investissement pour le développement des

structures d'accueil de la petite enfance créé par l'article 23 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001 (n° 2000-1257 du 23 décembre 2000).

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

Section 5

Objectifs de dépenses par branche pour les années 2001 et 2002

Article 69

Pour 2002, les objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants actifs ou retraités titulaires de droits propres sont fixés aux montants suivants :

(En droits constatés
et en milliards d'euros.)

Maladie-maternité-invalidité-décès	125,37
Vieillesse-veuvage	136,08
Accidents du travail	8,53
Famille	42,01
<hr/>	
Total des dépenses	311,99

Article 70

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

(En encaissements-décaissements
et en milliards de francs.)

Maladie-maternité-invalidité-décès	787,50
Vieillesse-veuvage	830,80
Accidents du travail	57,90
Famille	275,90
<hr/>	
Total des dépenses	1952,10

Section 6

Objectif national de dépenses d'assurance maladie

Article 71

Pour 2002, l'objectif national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 112,8 milliards d'euros, en droits constatés.

Article 72

Pour 2001, l'objectif révisé national de dépenses d'assurance maladie de l'ensemble des régimes obligatoires de base est fixé à 710,3 milliards de francs, en encaissements-décaissements.

Section 7

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

Article 73

I. – Après le chapitre III du titre III du livre I^{er} du code de la sécurité sociale, il est inséré un chapitre III *bis* ainsi rédigé :

« CHAPITRE III BIS

« Modernisation et simplification du recouvrement des cotisations de sécurité sociale

« Section 1

« Modernisation et simplification des formalités au regard des entreprises

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

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

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

« Toute entreprise ou autre cotisant, dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou, le cas échéant, du ministre chargé de l'agriculture, peut bénéficier d'un service d'aide à l'élaboration des déclarations sociales relatives aux salaires versés ainsi qu'à l'élaboration des bulletins de paye prévus à l'article L. 143-3 du code du travail. Ce service est ouvert, sur adhésion, auprès de l'organisme visé au premier alinéa du présent article.

« Pour assurer le service défini au précédent alinéa et sa sécurisation, les organismes mentionnés au présent article sont autorisés à collecter et conserver le numéro d'inscription au répertoire national d'identification des personnes physiques des personnes concernées, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat pris après avis de la Commission nationale de l'informatique et des libertés.

« Pour les déclarations devant être accompagnées d'un paiement, l'inscription au service de télèglement dispense l'entreprise ou autre cotisant, à l'égard des organismes visés au premier alinéa du présent article, de toute autre formalité préalable à l'utilisation du télèglement. La transmission aux établissements de crédit de l'adhésion de l'entreprise ou autre cotisant à ce service de télèglement pourra être effectuée par voie électronique dans des conditions fixées par convention conclue entre les établissements de crédit et les organismes visés au premier alinéa.

« II. – Dans des conditions définies par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale ou du ministre chargé de l'agriculture, les organismes locaux de recouvrement de cotisations ou de contributions sociales prélevées sur les salaires mentionnés au présent code, au code rural ou à l'article L. 351-21 du code du travail sont habilités à organiser, au profit des entreprises, qui ne peuvent ou ne souhaitent pas recourir au service prévu par le I ci-dessus, dont l'effectif n'excède pas un seuil déterminé par les arrêtés susmentionnés, un service d'aide à l'accomplissement de leurs obligations déclaratives relatives aux salaires versés ainsi qu'à l'élaboration des bulletins de paye de leurs salariés. Ce service peut être utilisé soit par des tiers qui auront conclu à cet effet, avec un ou plusieurs de ces organismes locaux de recouvrement, une convention conforme à un modèle type fixé par l'organisme national de recouvrement correspondant, soit directement par lesdits organismes.

« Section 2

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

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

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

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

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

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

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

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

C. – Après le premier alinéa de l'article L. 741-11 du code rural, il est inséré un alinéa ainsi rédigé :

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

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

IV. – La section 2 du chapitre V du titre II du livre VII du code rural est complétée par un article L. 725-22 ainsi rédigé :

« *Art. L. 725-22.* – I. – Les employeurs occupant des salariés agricoles au sens de l'article L. 722-20, redevables, au titre d'une année civile, de cotisations et contributions sociales d'un montant supérieur à un seuil fixé par arrêté du ministre chargé de l'agriculture sont tenus de régler par virement ou, en accord avec leur caisse de mutualité sociale agricole, par tout autre moyen de paiement dématérialisé, les sommes dont ils sont redevables l'année suivante.

« Le seuil visé à l'alinéa précédent ne peut être supérieur à 150000 €.

« II. – Les entreprises autorisées à verser, pour l'ensemble ou une partie de leurs établissements, les cotisations et contributions sociales dues pour leurs salariés à une caisse de mutualité sociale agricole autre que celle dans la circonscription de laquelle ces établissements sont situés sont soumises à cette obligation.

« III. – Le non-respect de l'obligation prévue au I entraîne l'application d'une majoration de 0,2 % du montant des sommes dont le versement a été effectué selon un autre mode de paiement. Les modalités de remise de cette majoration sont fixées par un arrêté du ministre de l'agriculture.

« IV. – Les règles et les garanties et sanctions attachées au recouvrement des cotisations sociales agricoles sont applicables à la majoration prévue au III. »

Article 74

La dernière phrase du deuxième alinéa du IV de l'article L. 136-7 du code de la sécurité sociale est remplacée par trois phrases ainsi rédigées :

« 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 25 septembre pour sept neuvièmes de son montant et le 25 novembre au plus tard pour les deux neuvièmes restants. Il est reversé dans un délai de dix jours francs après ces dates par l'Etat aux organismes affectataires. »

Article 75

I. – L'avant-dernier alinéa de l'article L. 200-2 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé :

« L'Union des caisses nationales de sécurité sociale exerce pour le compte de ces caisses et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des tâches qui leur sont communes. »

II. – Après l'article L. 200-2 du même code, il est inséré un article L. 200-2-1 ainsi rédigé :

« *Art. L. 200-2-1.* – Les ressources nécessaires au financement de la gestion administrative de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont prélevées chaque année sur les encaissements du régime général de sécurité sociale, dans des conditions fixées par arrêté interministériel. »

III. – Dans le premier alinéa de l'article L. 216-3 du même code, les mots : « les organismes locaux et régionaux » sont remplacés par les mots : « les organismes locaux, régionaux et nationaux ».

IV. – L'article L. 224-5 du même code est ainsi rédigé :

« *Art.L. 224-5.* – L'Union des caisses nationales de sécurité sociale, union nationale au sens de l'article L. 216-3, assure les tâches mutualisées de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale. Elle négocie et conclut les conventions collectives nationales prévues aux articles L. 123-1 et L. 123-2.

« Elle évalue, coordonne et participe à la mise en œuvre des politiques de formation du personnel.Elle assure le suivi de la gestion prévisionnelle de l'emploi, des effectifs, de la masse salariale et des politiques de recrutement du régime général. Elle promeut la sécurité et la santé au travail.

« Elle peut se voir confier par l'Etat, les caisses nationales du régime général ou l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale des missions sur les questions relatives aux conditions de travail du personnel des organismes de sécurité sociale, ou sur tout sujet de fonctionnement des organismes d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières.Elle peut également passer convention avec les caisses nationales des autres régimes de sécurité sociale pour la réalisation de travaux portant sur des sujets d'intérêt commun, notamment pour les opérations immobilières. »

V. – Après l'article L. 224-5 du même code, sont insérés les articles L. 224-5-1 à L. 224-6 ainsi rédigés :

« *Art.L. 224-5-1.* – L'union est dotée d'un conseil d'orientation composé :

« – d'une part, des représentants des assurés sociaux désignés par les organisations syndicales nationales de salariés représentatives au sens de l'article L. 133-2 du code du travail, et en nombre égal des représentants d'employeurs désignés par des organisations professionnelles nationales d'employeurs représentatives ;

« – d'autre part, du président et du vice-président des caisses nationales et de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale qui ne peuvent appartenir au même collège.

« Les membres du conseil d'orientation sont désignés pour une durée de cinq ans.

« Le conseil d'orientation élit en son sein son président.

« Le directeur et le président du comité exécutif des directeurs prévu à l'article L. 224-5-2 assistent aux séances du conseil.

« Le conseil d'orientation définit les orientations générales de la gestion des ressources humaines du régime général de sécurité sociale.Dans le cadre de ces orientations générales, il

arrête le programme de la négociation collective sur proposition du comité exécutif des directeurs.

« Il donne son avis sur le rapport d'activité de l'union.

« Il nomme le directeur, l'agent comptable et le directeur adjoint de l'union sur proposition du comité exécutif des directeurs.

« Il approuve le budget annuel de gestion administrative sur proposition du comité exécutif des directeurs.

« Il établit son règlement intérieur.

« Il adopte et modifie les statuts de l'union sur proposition du comité exécutif des directeurs.

« Sous réserve de l'agrément ministériel, les accords collectifs nationaux deviennent exécutoires à l'expiration d'un délai d'un mois pendant lequel le conseil d'orientation peut s'y opposer à la majorité des trois quarts de ses membres désignés. A la même majorité le comité peut demander l'évocation d'un sujet pendant la négociation d'un accord collectif national.

« *Art. L. 224-5-2.* – L'union est dotée d'un comité exécutif des directeurs composé des directeurs de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, de la Caisse nationale des allocations familiales, de la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés, de l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale et de quatre directeurs d'organismes régionaux ou locaux de sécurité sociale du régime général désignés dans des conditions fixées par décret.

« Le comité exécutif peut s'adjoindre deux personnes qualifiées.

« Le comité élit en son sein un président parmi les directeurs d'organismes. En cas de partage des voix, le président a voix prépondérante.

« Le comité peut constituer en son sein des commissions.

« Le directeur de l'union assiste aux séances du comité.

« Le comité a notamment pour rôle :

« 1° D'élaborer le budget de gestion administrative et de prendre toute décision budgétaire, à l'exception de celles prévues à l'article L. 224-5-1 ;

« 2° De proposer au conseil d'orientation la nomination du directeur, du directeur adjoint et de l'agent comptable ;

« 3° D'élaborer, après concertation avec les fédérations syndicales, le programme de la négociation collective proposé au conseil d'orientation ;

« 4° De donner mandat au directeur pour négocier et conclure des accords collectifs nationaux. Le directeur informe le comité de l'état de la négociation ;

« 5° De mettre en place dans des conditions définies par négociation avec les fédérations signataires de la convention collective nationale une instance nationale de concertation réunissant les caisses nationales et ces fédérations consultée, au moins une fois par an, sur toutes les questions institutionnelles ayant un impact sur l'organisation du travail et l'emploi, notamment à l'occasion de l'élaboration des conventions d'objectifs et de gestion, des plans stratégiques de branche, des projets nationaux et schémas directeurs informatiques.

« Art.L. 224-5-3. – Par dérogation aux articles L. 123-1 et L. 123-2, les décisions et les accords de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale s'appliquent de plein droit dès lors qu'ils sont d'application automatique d'un accord collectif national.

« Art. L. 224-5-4. – Sous réserve des dispositions des articles L. 224-5 à L. 224-5-3, l'Union des caisses nationales de sécurité sociale est régie par les dispositions du présent livre, et notamment les articles L. 224-3, L. 224-10 et L. 281-3.

« Art. L. 224-6. – Les modalités spécifiques de tutelle et de fonctionnement de l'Union des caisses nationales de sécurité sociale sont fixées, en tant que de besoin, par décret. »

Article 76

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

	(En millions d'euros.)
Régime général	4 420
Régime des exploitants agricoles	2 210
Caisse nationale de retraite des agents des collectivités locales	500
Caisse autonome nationale de la sécurité sociale dans les mines	350
Fonds spécial des pensions des ouvriers des établissements industriels de l'Etat	80

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

Délibéré en séance publique, à Paris, le 4 décembre 2001.

Le Président,
Signé : RAYMOND FORNI.

ANNEXE

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

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

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

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

1° Le financement de la sécurité sociale

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

Ainsi, les allègements de charges en faveur des entreprises sont-ils intégralement compensés aux régimes de sécurité sociale en 2001 et en 2002 au moyen de l'affectation au Fonds de financement de la réforme des cotisations patronales de sécurité sociale de recettes fiscales nouvelles du budget de l'Etat et de certaines recettes fiscales dont bénéficient les comptes sociaux.

Ces règles respectent le principe selon lequel les cotisations et contributions sociales doivent être utilisées exclusivement au financement des prestations sociales. Elles permettront de poursuivre sur des bases claires la réflexion que le Gouvernement a engagée avec les différents acteurs de la protection sociale, afin de préciser les rôles respectifs de l'Etat et des organismes de sécurité sociale dans la régulation des transferts sociaux. En matière d'assurance maladie notamment, la concertation ouverte le 25 janvier 2001 avec les partenaires sociaux et les professionnels de santé se poursuivra dans le but de renouveler la démarche conventionnelle et de la mettre au service de l'amélioration de l'accès aux soins de nos concitoyens.

Le Gouvernement étudiera également la possibilité de simplifier les mécanismes d'affectation de recettes et les transferts financiers. Pour cela, il approfondira notamment les voies de la consolidation de la réforme de l'assiette des cotisations patronales de sécurité sociale.

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

2° La politique de santé

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

Le Gouvernement renforcera également la sécurité sanitaire selon une approche intégrée dans la démarche de soins.

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

2-1. – Une politique de santé organisée autour de la prévention et des priorités de santé publique

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

Les priorités de santé publique seront les suivantes :

2-1-1. – *La lutte contre le cancer*

Deux programmes de dépistage seront généralisés, l'un dès 2002 pour le cancer du sein en permettant à toutes les femmes âgées de cinquante à soixante-quatorze ans de bénéficier gratuitement d'une mammographie tous les deux ans, l'autre par étapes (vingt départements étant concernés en 2002) pour le cancer du côlon avec la mise en place du dépistage par hémoculte après cinquante ans.

L'amélioration des soins et de la prise en charge médico-sociale des patients sera poursuivie pour atteindre l'objectif d'une réduction de 10 % des décès dans les régions où existe une surmortalité par rapport à la moyenne nationale.

2-1-2. – *La lutte contre les autres pathologies chroniques*

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

2-1-3. – *La lutte contre les pathologies infectieuses*

Pour le sida, les actions nouvelles prendront en considération les deux éléments majeurs que sont la régression de la mortalité sous l'effet des traitements anti-rétroviraux et le relâchement des comportements de prévention dans les différents milieux exposés. La surveillance épidémiologique sera renforcée grâce à la notification obligatoire de la séropositivité, rendue

désormais possible par une protection renforcée de la confidentialité des données. Sur le plan thérapeutique, les problèmes posés par la tolérance des traitements lourds seront mieux pris en compte et l'accès aux nouveaux traitements sera accéléré, en particulier pour les malades en situation d'échappement thérapeutique.

Pour les hépatites, la politique menée associera une campagne d'information à l'égard du grand public et une prévention renforcée vis-à-vis des risques liés à l'utilisation de certains dispositifs médicaux, à la transfusion (dépistage génomique viral) ou à certaines pratiques corporelles (information et prévention au regard du *piercing*). Le dépistage sera ciblé sur les groupes les plus exposés. La mise en place de pôles de référence permettra le renforcement de l'accès au traitement de l'hépatite C.

2-1-4. – La lutte contre les maladies émergentes et orphelines

La crise de la vache folle et l'apparition en France du nouveau variant de la maladie de Creutzfeldt-Jakob démontrent à quel point la vigilance s'impose en matière de maladies émergentes. Les dispositifs de suivi mis en place seront renforcés.

Par ailleurs, les maladies rares qui, compte tenu de leur nombre, touchent plus de quatre millions de personnes en France, représentent l'un des principaux défis rencontrés par la médecine aujourd'hui.

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

2-1-5. – La lutte contre les pratiques addictives

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

La mortalité prématurée évitable due notamment au tabac et à l'alcool deviendra enfin une réelle priorité nationale. Une action efficace de prévention et de lutte contre le tabagisme doit ainsi être poursuivie, notamment pour soutenir ceux qui souhaitent arrêter de fumer. C'est pourquoi il est tout à fait envisageable de prévoir le remboursement des produits favorisant le sevrage tabagique par l'assurance maladie.

2-1-6. – La lutte contre la démence

La prévalence globale de la démence est estimée en France à 500 000 cas et sa forte augmentation résulte de l'allongement de la vie et de l'accroissement du nombre de personnes âgées. Le Gouvernement s'efforcera de développer une meilleure organisation des soins et de permettre une prise en charge à domicile.

De plus, la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie permettra le développement des services de proximité et des réseaux de soins pour améliorer la prise en charge à domicile de ces patients.

2-1-7. – La santé des populations les plus fragiles

Des programmes seront destinés à la santé des jeunes, avec un volet de prévention renforcé, et à la santé des femmes, pour favoriser l'accès à la contraception et à l'interruption volontaire de grossesse. La lutte contre les violences faites aux femmes, et plus généralement contre les agressions sexuelles, en particulier sur les mineurs, sera développée.

Le volet santé du dispositif de lutte contre les exclusions sera encore renforcé, notamment par le renforcement des outils existants (PRAPS, PASS...), ainsi que par la lutte contre l'habitat insalubre (saturnisme).

Enfin, des programmes de santé répondront aux besoins spécifiques de certaines populations, telles que les résidents outre-mer et les détenus.

2-1-8. – Les actions d'intérêt général

Le développement des greffes sera poursuivi sur la base du plan initié par le Gouvernement en juin 2000. L'accompagnement des fins de vie sera encouragé en favorisant le retour au domicile grâce au développement de la prise en charge de proximité et au renforcement de la lutte contre la douleur, à partir des consultations spécialisées et des unités de soins palliatifs.

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

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

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

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

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

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

La sécurité sanitaire nécessite à la fois l'application stricte du principe de précaution, mais aussi l'affirmation indispensable du principe de responsabilité. Cette responsabilité partagée suppose un effort accru de pédagogie du risque, en assurant l'information des citoyens pour permettre l'exercice du droit de choisir. L'indemnisation des accidents thérapeutiques lorsque la responsabilité du médecin n'est pas engagée constituera un levier important pour restaurer la confiance entre les patients et les médecins. Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé prévoit ainsi de créer un office national d'indemnisation, lequel, en l'absence de toute faute thérapeutique, sera chargé d'indemniser les malades, et ce dans un délai raccourci.

2-3. – L'amélioration de la qualité et de l'organisation des soins sera poursuivie

2-3-1. – *Les soins de ville*

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

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

Le dispositif d'évaluation des compétences des médecins se met en place par la collaboration de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et des unions régionales de médecins libéraux. L'extension de l'évaluation des pratiques professionnelles aux professions paramédicales sera mise en œuvre. Un important travail est entrepris, en coopération avec l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé, pour améliorer les délais d'élaboration des recommandations de bonne pratique, outils nécessaires pour faire vivre le système d'évaluation et de gestion de la compétence.

Le projet de loi relatif aux droits des malades et à la qualité du système de santé réforme de manière profonde et ambitieuse la formation continue des médecins.

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

Enfin, l'informatisation du système de santé sera poursuivie. En 2001, plus de 180 000 professionnels de santé disposent de leur carte de professionnel de santé et plus de 50 % des médecins transmettent par voie télématique leurs feuilles de soins aux caisses primaires d'assurance maladie. Le nombre de feuilles de soins télétransmises double chaque trimestre ; en juin 2001, 175 millions de feuilles de soins ont ainsi été transmises à l'assurance maladie.

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

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

Un large accord existe sur le maintien de l'outil conventionnel, qu'il convient cependant d'approfondir, d'élargir et de rénover. Plusieurs pistes ont été dégagées sur cette question et ont été soumises à concertation. Celle-ci a permis d'aboutir à une proposition d'architecture conventionnelle rénovée articulant engagements collectif et individuel des professionnels de santé et régulation du dispositif.

D'ores et déjà, dans le cadre du renouveau du dialogue social voulu par le Premier ministre, le Gouvernement a engagé un travail approfondi avec les partenaires sociaux sur l'organisation de l'assurance maladie qui porte sur la composition et les missions des conseils d'administration, les relations avec l'Etat, l'ordonnancement du réseau de la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et la régionalisation, les compétences et l'organisation du service médical. Ces éléments seront discutés en 2002 avec les organisations syndicales et professionnelles.

2-3-2. – Le médicament

La progression des dépenses de médicament en 2000 s'est fortement accélérée (+ 10,9%). Le Gouvernement a annoncé la mise en œuvre d'une série de mesures pour permettre l'accès des patients aux nouvelles molécules et pour améliorer l'efficacité des instruments de régulation.

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

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

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

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

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

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

2-3-3. – La politique hospitalière

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

2-3-3-1. – Améliorer l'organisation des soins

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

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

La procédure d'accréditation, dont est chargée l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, donne aussi aux établissements l'opportunité de travailler sur leur organisation et les entraîne vers une recherche d'amélioration de la qualité.

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

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

Ces schémas prennent en compte des priorités nationales (urgences, périnatalité). Vingt-quatre régions ont défini des objectifs pour une meilleure organisation de la prise en charge des cancers et dix-sept régions pour les maladies cardio-vasculaires. De même, les soins palliatifs ou la prise en charge de la douleur chronique rebelle ont été retenus dans neuf régions pour

accompagner le plan triennal initié en 1998. Des priorités régionales sont également mises en œuvre, principalement pour les soins de suite et de réadaptation, les plateaux techniques chirurgicaux et la prise en charge des personnes âgées.

A l'occasion de l'élaboration de ces schémas, de nouveaux modes de prise en charge valorisant la coopération ont été envisagés (réseaux, groupement de coopération sanitaire, hospitalisation à domicile, hospitalisation de jour...), incitant les professionnels à travailler ensemble. L'organisation des urgences est un souci majeur pour assurer la continuité des soins et la qualité de l'accueil.

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

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

La tarification à la pathologie sera rapidement mise en application après expérimentation dans les régions.

2-3-3-2. – Une politique sociale renforcée

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

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

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

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

Dès le 21 décembre 2000, le Gouvernement a réuni les représentants de la communauté hospitalière publique pour lancer le chantier de la réduction du temps de travail. Les négociations étaient ouvertes avec les organisations syndicales de la fonction publique hospitalière le 17 janvier 2001 et avec les représentants des praticiens hospitaliers le 15 février 2001. Un protocole d'accord a été signé en septembre 2001 pour les personnels de la fonction publique hospitalière et en octobre 2001 pour les praticiens hospitaliers.

La réduction du temps de travail doit répondre aux attentes des personnels en matière de conditions de vie au travail et de vie personnelle. Les conséquences sont directes sur l'amélioration de la qualité de la prise en charge des usagers. C'est pourquoi, afin de réussir cette réforme, la première étape définie par le Gouvernement a été, dès le second trimestre 2001, la réalisation d'un diagnostic de l'organisation existante dans chaque établissement.

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

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

3° La réparation des accidents du travail et des maladies professionnelles

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

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

Le Gouvernement poursuivra ses efforts en matière de réparation des préjudices subis par les victimes de l'amiante. Le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, créé par l'article 53 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, accueillera ses premières demandes d'indemnisation avant la fin de l'année 2001. Il sera doté d'un versement de la branche accidents du travail et maladies professionnelles de 2,9 milliards de francs en 2001 et de 76 millions d'euros en 2002, et d'un versement du budget de l'Etat de 250 millions de francs en 2001.

Par ailleurs, la levée de la prescription pour les dossiers de victimes de maladies professionnelles liées à l'amiante, portée à une durée de trois ans par la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000, sera pérennisée.

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

4° La politique en faveur des personnes handicapées

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

Poursuivant les orientations exposées par le Premier ministre devant le Conseil national consultatif des personnes handicapées, le Gouvernement s'est engagé sur un programme comprenant trois volets principaux :

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

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

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

5° La politique en faveur des familles

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

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

Pour permettre à un nombre croissant de femmes de concilier vie professionnelle et vie familiale, le Fonds d'investissement pour le développement des structures d'accueil de la petite enfance, destiné à financer des dépenses d'équipement en matière d'accueil de la petite enfance, qui avait déjà été doté de 229 millions d'euros en 2001, sera abondé de la même somme en 2002 ; ainsi, entre 25 000 et 30 000 enfants supplémentaires pourront être gardés. Un effort particulier sera consenti cette année en faveur de l'accueil des enfants âgés de deux à trois ans et de l'équipement des assistantes maternelles.

Afin notamment d'accompagner en fonctionnement la création de nouvelles places de crèches, la convention d'objectifs et de gestion, signée entre l'Etat et la Caisse nationale des allocations familiales à la suite de la Conférence de la famille, garantit une forte progression du Fonds national d'action sociale de plus de 910 millions d'euros entre 2001 et 2004. L'engagement pluriannuel de l'Etat et de la Caisse nationale des allocations familiales à travers cette convention d'objectifs et de gestion constitue une avancée très importante pour la branche famille. Au-delà de l'accueil de la petite enfance, les caisses d'allocations familiales pourront également développer leurs actions d'aide aux loisirs des enfants et des jeunes à travers les contrats temps libre, qui seront ouverts à titre expérimental aux enfants âgés de seize à dix-huit ans.

Le Gouvernement entend favoriser l'autonomie des jeunes adultes, dont les besoins sont aujourd'hui encore mal pris en compte. Une Commission nationale pour l'autonomie des jeunes présentera ses conclusions et propositions au Premier ministre avant le 31 décembre 2001. Afin de répondre à la préoccupation financière majeure pour les jeunes qu'est le logement, le Gouvernement révisera le calcul de l'évaluation forfaitaire des ressources pour le calcul des aides au logement pour les jeunes de moins de vingt-cinq ans, afin d'en effacer les effets pénalisants.

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

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

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

6° La politique en faveur des personnes âgées

6-1. – Associer les retraités aux fruits de la croissance et garantir l'avenir des régimes de retraite

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

Pour 2002, les pensions seront revalorisées de 2,2 %, alors que l'inflation prévisionnelle n'est que de 1,5 %. Ce « coup de pouce » portera à 1,4 % le gain de pouvoir d'achat des retraités par rapport à l'inflation depuis 1997. Grâce à la suppression en 2001 de la contribution au remboursement de la dette sociale pour les retraités non imposables à l'impôt sur le revenu, le gain de pouvoir d'achat pour ces derniers s'élèvera sur la même période à 1,9 %. Les retraités imposables bénéficieront quant à eux de la baisse des taux d'imposition sur les revenus.

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

Le Fonds de réserve pour les retraites, créé en 1998 et institué sous forme d'établissement public autonome par la loi n° 2001-624 du 17 juillet 2001 portant diverses dispositions d'ordre social, éducatif et culturel, voit son plan de financement initial conforté avec un montant de ressources cumulées de plus de 12,5 milliards d'euros à la fin de 2002. Le caractère pérenne des sources de financement du Fonds de réserve pour les retraites sera encore accentué en 2002, puisque la part du produit du prélèvement social de 2 % sur le capital affectée au fonds sera portée de 50 % à 65 %.

Le fonds de réserve disposera ainsi de plus de 152 milliards d'euros, conformément à son objectif annoncé pour 2020, qui lui permettront de couvrir une partie des déficits prévisionnels des régimes de retraite entre 2020 et 2040. Dès le début de 2002, le conseil de surveillance du fonds, associant notamment des parlementaires et des représentants des partenaires sociaux, sera, grâce à des pouvoirs étendus, le garant de la bonne gestion du fonds.

Enfin, le Gouvernement a créé le Conseil d'orientation des retraites. Associant parlementaires, partenaires sociaux, personnalités qualifiées et représentants de l'administration, le Conseil d'orientation des retraites assure un suivi permanent de l'ensemble des questions relatives à la retraite. Son premier rapport, qui doit être rendu public avant la fin de l'année 2001, portera un diagnostic partagé sur les prévisions des régimes de retraite et présentera les différentes mesures envisageables pour assurer la garantie du système de retraite.

6-2. – Diversifier la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées

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

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

Par rapport aux générations précédentes, la population vit plus longtemps. Obligation est faite aux pouvoirs publics de donner un nouveau sens à ces années ajoutées à l'espérance de vie.

Mais cet allongement de la vie qui ouvre tant de nouvelles possibilités s'accompagne souvent d'une perte d'autonomie, risque normal dans des vies qui s'allongent.

La loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie donne aux personnes âgées un nouveau droit, le droit à l'autonomie.

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

– le développement du maintien à domicile en faisant jouer tout leur rôle aux centres locaux d'information et de coordination : l'effort sera poursuivi, d'une part, en matière de création de services de soins à domicile, d'autre part, dans le cadre d'un plan permettant de créer sur cinq ans 20 000 places nouvelles, soit un doublement du rythme de progression ;

– la réalisation d'un plan ambitieux pour les structures accueillant des personnes âgées dépendantes, dont l'objectif est de permettre à chaque établissement de s'engager dans une démarche de qualité : 915 millions d'euros sur cinq ans de crédits supplémentaires leur seront accordés, afin de répondre aux besoins d'une plus grande médicalisation de tous ces établissements.

7° La modernisation de la comptabilité de la sécurité sociale

Pour la première fois en 2002, les agrégats de la présente loi de financement de la sécurité sociale sont présentés et votés en droits constatés. Le nouveau plan comptable unique des organismes de sécurité sociale sera mis en œuvre le 1er janvier. Le Haut conseil de la comptabilité des organismes de sécurité sociale et la mission comptable permanente, créés par le décret n° 2001-859 du 19 septembre 2001 pris en application de l'article 56 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2001, permettront de faire évoluer ce plan comptable et d'améliorer la lisibilité des comptes des organismes de sécurité sociale.

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

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale dans sa séance du 4 décembre 2001.

Le Président,

Signé : RAYMOND FORNI.