

N° 400

SÉNAT

SECONDE SESSION ORDINAIRE DE 1990 - 1991

Annexe au proces-verbal de la séance du 19 juin 1991.

RAPPORT

FAIT

au nom de la commission des Affaires sociales (1) sur le projet de loi
ADOPTÉ PAR L'ASSEMBLÉE NATIONALE APRÈS DÉCLARATION
D'URGENCE, portant diverses mesures d'ordre social,

Par M. Charles DESCOURS,

Senateur.

(1) Cette commission est composée de : MM. Jean-Pierre Fourcade, *président* ; Louis Souvet, Marc Bœuf, Claude Huriet, Jacques Bimbenet, *vice-présidents* ; Hector Viron, Charles Descours, Guy Penne, Roger Lise, *secrétaires* ; Jose Balareello, Mme Marie-Claude Beaudeau, MM. Henri Belcour, Jacques Bialski, André Bohl, Louis Boyer, Louis Brives, Jean-Pierre Cantegrit, Gérard César, Jean Cherioux, François Delga, Jean-Pierre Demerliat, Michel Doublet, Jean Dumont, Jean-Paul Emin, Mme Marie-Fanny Gournay, MM. Roger Husson, André Jourdain, Paul Kauss, Philippe Labeyrie, Henri Le Breton, Marcel Lesbros, François Louisy, Pierre Louvot, Jacques Machet, Jean Madelain, Mme Hélène Missoffe, MM. Arthur Moulin, Hubert Peyou, Louis Philibert, Claude Prouvoyeur, Roger Rigaudiere, Guy Robert, Mme Nelly Rodi, MM. Gérard Roujas, Olivier Roux, Bernard Seillier, Franck Serusclat, René-Pierre Signé, Paul Souffrin, Pierre-Christian Taittinger, Martial Taugourdeau.

Voir les numéros :

Assemblée nationale (9^e législ.) : 2059, 2071 et T.A. 486.

Sénat : 362 (1990-1991).

Sécurité sociale.

SOMMAIRE

	Pages
TRAVAUX DE LA COMMISSION	5
1. EXAMEN DU PROJET DE LOI	5
2. AUDITIONS	11
INTRODUCTION	13
TITRE PREMIER - MESURES RELATIVES A LA REGULATION DES DEPENSES DE SANTE	15
I - LA DEMARCHE GOUVERNEMENTALE APPELLE DES CRITIQUES SEVERES	16
<i>a) Les rapports de l'Etat et des professions de santé : la stratégie d'Horace</i>	16
<i>b) Les rapports entre le gouvernement et le parlement : la "tactique du saucisson"</i>	19
II - LA REFORME INSPIRE, SUR LE FOND, DE TRES GRAVES RESERVES	22
<i>a) Les trois clefs d'une politique de maîtrise des dépenses</i>	22
<i>b) L'enveloppe globale : quatre objections essentielles</i>	24
III - LE TEXTE REMET EN CAUSE CERTAINES DES GARANTIES FONDAMENTALES ACCORDEES AUX PROFESSIONS DE SANTE ET AUX PARTENAIRES SOCIAUX ...	29
<i>a) Le régime conventionnel actuel : un régime de "contrat surveillé" .</i>	29
<i>b) Le régime fixé par le projet de loi : un nouvel ordre juridique, qui menace les garanties fondamentales accordées aux professions de santé et aux partenaires sociaux</i>	31
TITRE II - DISPOSITIONS SOCIALES APPLICABLES DANS LES DEPARTEMENTS D'OUTRE-MER	35
CHAPITRE PREMIER - Dispositions relatives aux prestations familiales	37
<i>Art. 8 (Art. L. 755-3 du code de la sécurité sociale) - Service et base de calcul des prestations familiales</i>	37
<i>Art. 9 (Art. L. 755-11 du code de la sécurité sociale) - Conditions d'attribution des allocations familiales</i>	38
<i>Art. 10 - Coordination</i>	41
CHAPITRE II - Dispositions relatives à la protection de la maternité	44
<i>Art. 11 (Art. L. 190 du code de la santé publique) - Mode de calcul de la "prime à la protection de la maternité"</i>	44

	Pages
	-
CHAPITRE III - Dispositions relatives à l'action sociale des caisses d'allocations familiales	45
<i>Art. 12 (Art. L. 752-7 du code de la sécurité sociale) - Action sociale généralisée</i>	45
<i>Art. 13 (Art. L. 752-8 du code de la sécurité sociale) - Action sociale spécifique</i>	46
<i>Art. 14 - Dispositions propres au régime des prestations familiales des exploitants agricoles</i>	52
CHAPITRE IV - Dispositions diverses et transitoires	54
<i>Art. 15 - Dates d'entrée en vigueur</i>	54
<i>Art. 16 - Date-limite pour l'alignement du montant des prestations familiales servies dans les DOM sur celui de la métropole</i>	56
TABLEAU COMPARATIF	59
ANNEXE - Tableau des prestations familiales au 1er janvier 1991 (DOM plus métropole)	85

TRAVAUX DE LA COMMISSION

I - EXAMEN DU PROJET DE LOI

Réunie le mercredi 19 juin 1991 sous la présidence de M. Jean-Pierre Fourcade, président, la commission a procédé à l'examen du projet de loi n° 362 (1990-1991) portant diverses mesures d'ordre social.

M. Charles Descours, rapporteur, a rappelé que ce projet comportait deux titres, l'un relatif à la régulation des dépenses de santé et l'autre tendant à modifier certaines dispositions sociales applicables dans les départements d'outre-mer.

S'agissant du titre premier, relatif à la régulation des dépenses de santé, le rapporteur a précisé les trois motifs qui l'ont conduit à demander à la commission d'opposer une exception d'irrecevabilité aux dispositions qu'il contient.

Il a considéré d'abord que la méthode retenue par le Gouvernement précédent, dans la définition de sa politique sanitaire et sociale, appelle des critiques très sérieuses, que les propos tenus et la démarche nouvelle adoptée par le nouveau ministre des Affaires sociales et de l'intégration ne suffisent pas à faire tomber.

Il a estimé ensuite, sur le fond, que les mesures soumises à l'examen du Parlement ont pour effet de bouleverser, d'une manière essentielle, les orientations de la politique sanitaire et sociale sans que la représentation nationale ne soit appelée à se prononcer clairement sur ces nouvelles orientations.

Il a regretté, en outre, que ces dernières ne permettent pas de passer d'une logique de maîtrise aveugle et globale des dépenses à une démarche d'optimisation et de restructuration des instruments de la politique sanitaire.

Il a enfin observé que le texte avait pour objet de redessiner le paysage institutionnel de la politique sanitaire et sociale dans des conditions qui remettent en cause les garanties fondamentales accordées jusqu'alors aux professions de santé et aux partenaires sociaux.

C'est au vu de cette dernière considération, d'ordre juridique et constitutionnel, qu'il lui a semblé opportun de proposer à la commission d'opposer, à l'encontre du titre premier, une exception d'irrecevabilité.

Le rapporteur a alors présenté les dispositions du titre II du projet de loi dont l'objet est de modifier certaines dispositions sociales applicables dans les départements d'outre-mer.

Il a indiqué d'abord que ces modifications visaient à aligner progressivement le régime et le montant des allocations familiales dans les départements d'outre-mer sur ceux de la métropole.

Il a précisé ensuite que le texte tendait à transformer le fonds d'action sanitaire et sociale obligatoire (FASSO) en une prestation gérée par les caisses d'allocations familiales, dont l'objet sera de contribuer au financement des cantines scolaires.

Il a enfin ajouté que les autres dispositions "toilettaient" certains articles du code de la sécurité sociale en tirant notamment les conséquences des modifications précédemment analysées.

Après avoir souligné que la commission des Affaires sociales était favorable à un alignement complet du régime de prestations familiales des départements d'outre-mer sur celui applicable en métropole, le rapporteur a proposé à la commission de rédiger le rapport dans des termes qui tendent à permettre de donner un avis favorable à tout amendement qui pourrait être présenté par un ou plusieurs sénateurs représentant les départements concernés en vue de pérenniser l'allocation au premier enfant jusqu'à la date d'achèvement de cet alignement.

Après avoir rappelé, par ailleurs, les réserves que justifiait la transformation du régime juridique du FASSO, le rapporteur a également demandé à la commission de donner son accord de principe à tout amendement émanant éventuellement des mêmes élus, dont l'objet serait de préserver les acquis de la législation actuelle.

Puis un large débat s'est ouvert.

M. Jean Chérioux a approuvé les conclusions du rapporteur en critiquant les méthodes employées par le Gouvernement pour sa politique de maîtrise des dépenses de santé et en soulignant les risques que cette dernière comporte pour le système libéral. Sur l'exception d'irrecevabilité, il lui a demandé à quel moment elle interviendra dans la discussion du texte en séance publique. Il l'a également interrogé sur l'amendement annoncé par M. Jean-Louis Bianco lors de son audition et relatif à l'assurance-vieillesse. Il a estimé qu'en introduisant, dans un texte inconstitutionnel, un amendement sur la revalorisation des pensions qui, en tout état de cause, doit intervenir au 1er juillet prochain, le Gouvernement devait prendre ses responsabilités.

M. Franck Sérusclat a indiqué son désaccord et a estimé l'argumentation du rapporteur elliptique et suspicieuse, vis-à-vis du Gouvernement, quoique astucieuse.

M. Jean Madelain a souhaité que le rapporteur insiste plus encore sur l'accord de l'ensemble des commissaires quant à la nécessité d'une maîtrise des dépenses de santé mais non, comme le fait le Gouvernement, sur le recours à des mesures fragmentées, successives et sans coordination. Après avoir rappelé l'intérêt du rapport de la caisse nationale d'assurance-maladie (C.N.A.M.) qui confirme l'influence de la démographie médicale sur la dérive des dépenses de santé, il a indiqué qu'il voterait l'exception d'irrecevabilité.

M. Olivier Roux a demandé à si le coût d'un milliard pour les mesures en faveur des DOM correspond à l'alignement de

l'ensemble des prestations familiales ou seulement des allocations familiales.

M. Roger Lise a assuré les commissaires de la volonté de l'ensemble des sénateurs des départements d'outre-mer de déposer deux amendements, l'un sur l'allocation au premier enfant, l'autre sur le FASSO.

M. Jean-Pierre Fourcade a demandé aux sénateurs présents, représentant les départements d'outre-mer, s'ils approuveraient sur la position adoptée par le rapporteur quant au titre II. Ces derniers lui ont apporté une réponse positive.

Mme Marie-Claude Beaudeau a interrogé le rapporteur sur des "cavaliers" législatifs qui pourraient être introduits par le Gouvernement à l'occasion de l'examen de ce texte. Elle a constaté l'aggravation des cotisations pesant sur les salariés alors que certaines personnes ont de moins en moins les moyens de se soigner. Elle a estimé que l'atteinte à la liberté de négociation des syndicats est un problème grave. Quant à l'exception d'irrecevabilité, elle a considéré que cette proposition avait une portée politique et que son groupe se prononcera sur son opportunité.

M. Bernard Seillier a rappelé sa participation à la mission de la commission qui s'est rendue récemment à la Réunion et a souhaité pouvoir s'associer aux propositions des sénateurs des DOM.

M. Guy Robert a manifesté son accord avec le rapporteur et a critiqué ce DMOS "qui n'en est pas un" mais, en fait, deux projets de loi réunis en un seul texte. Il a estimé que le Sénat devait fermement condamner ces méthodes.

M. André Bohl a estimé qu'il n'y a pas excès de l'offre de santé mais au contraire, une progression des besoins de santé et a interrogé M. Charles Descours sur l'application du tiers payant notamment dans les hôpitaux publics.

En réponse, M. Charles Descours, rapporteur, a apporté les précisions suivantes :

- en cas d'adoption par la commission, l'exception d'irrecevabilité sera examinée en séance publique dans la discussion des articles, à l'occasion de l'examen du titre premier,

- le Gouvernement pourrait déposer un ou plusieurs amendements sur l'assurance-vieillesse lors de l'examen du texte en seconde lecture dont le contenu n'a pas encore été précisé,

- pour agir sur l'offre de santé, on pourrait mettre davantage l'accent sur la prévention dans le cadre de la médecine scolaire et développer les contrôles des caisses sur les praticiens,

- l'alignement de l'ensemble des prestations familiales coûterait environ deux milliards. Le texte ne prévoit d'aligner que les allocations familiales,

- le rapporteur souhaite que la commission donne un avis favorable argumenté sur les amendements déposés unanimement par les sénateurs des DOM,

- la maîtrise des dépenses de santé ne doit pas conduire au rationnement,

- les membres de la délégation qui s'est rendue à la Réunion pourront manifester leur soutien lors de la discussion du titre II de ce texte ou lors des explications de vote,

- il faudrait envisager de laisser à la charge des ménages une part plus importante du "petit risque" mais, en tout état de cause, il

est nécessaire d'adopter un dispositif global et non des mesures ponctuelles.

M. Jean-Pierre Fourcade, président, *est intervenu à plusieurs reprises pour approuver les conclusions et les réponses du rapporteur en estimant notamment qu'il y avait une certaine corrélation entre l'offre de soins et l'augmentation des dépenses de santé même s'il ne s'agit pas du seul facteur d'explication. Il a critiqué la succession de textes de plus en plus sophistiqués sur le thème de la maîtrise des dépenses alors qu'il existe des moyens juridiques pour mieux contrôler les caisses et mettre fin aux abus.*

Puis la commission a adopté, d'une part, la motion tendant à opposer au titre premier l'exception d'irrecevabilité et, d'autre part, le titre II sans modification.

II - AUDITIONS DE LA COMMISSION

A - **Audition de M. Bianco, Ministre des Affaires sociales et de l'intégration.**

B - **Audition de la Caisse nationale d'Assurance Maladie**

M. Geffroy, directeur du Cabinet de M. Mallet, Président de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie (CNAM)

C - **Auditions d'organisations représentatives des professions de santé**

M. Monnot, président du Centre national des professions de santé (CNPS) accompagné par M. Maudrux, président d'Action Santé

M. Beaupère, président de la Confédération des Syndicats des médecins de France (CSMF)

D - **Auditions de Fédérations hospitalières**

M. Serfaty, président de la Fédération française intersyndicale des Etablissements d'hospitalisation privée (FFIEHP)

M. Talazac, président de l'Union hospitalière privée, et M. Coulomb, délégué général.

E - **Auditions des syndicats représentatifs des biologistes**

Ont été reçus ensemble :

M. Bedossa, président de l'Union des biologistes de France

M. Cazalet, président du Centre national des biologistes

M. Gallez, président du Syndicat national des médecins biologistes

M. Jamault, vice-président du Syndicat national professionnel des biologistes

A été ensuite entendu :

M. Guillin, président de la fédération des biologistes de France

Mesdames, Messieurs,

S'il s'inscrit dans la longue lignée des textes traditionnellement déposés en fin de session parlementaire et comportant, comme leur titre l'indique, "diverses mesures d'ordre social" (DMOS), le présent projet de loi adopté en première lecture, le 5 juin dernier, par l'Assemblée nationale, présente néanmoins des caractéristiques beaucoup moins habituelles.

Il ne contient que seize articles. Il est, toutefois, encore trop tôt dans la discussion législative pour savoir si ce texte conservera sa physionomie actuelle. Par le passé, il n'est pas rare que certains "DMOS" aient vu le nombre de leurs articles doubler au cours de la procédure législative. Sous réserve d'être confirmée, cette évolution pourrait être positivement appréciée, si la nature même de certaines dispositions de ce texte ne le rendait pas contestable.

En effet, le texte traite deux sujets : la régulation des dépenses de santé et les dispositions sociales applicables dans les départements d'outre-mer (DOM). L'importance de chacun de ces deux titres aurait toutefois justifié d'un projet à part entière pour chacun. Leur portée est très différente puisque le dispositif de maîtrise des dépenses de santé vise à freiner les dépenses d'assurance maladie alors que celui relatif aux DOM tend, globalement, à accroître les transferts sociaux. Comment interpréter alors cet amalgame, sinon par une volonté délibérée de mettre en difficulté le Parlement s'il souhaitait rejeter celles des dispositions qu'il récuse ? Pour la maîtrise des dépenses de santé, il ne s'agira que du troisième texte déposé en six mois, après la loi n° 91-73 du 18 janvier 1991

portant diverses mesures relatives à la santé publique et aux assurances sociales du 18 janvier 1991 et le projet de loi portant réforme hospitalière. Cet éclatement traduit une démarche "au coup par coup" sans vue à long terme, ni négociation ou concertation générales. Autant dire que votre commission des Affaires sociales ne souscrit pas aux méthodes si souvent utilisées par le précédent Gouvernement et dont l'actuel s'efforce, en l'espèce, de gérer l'héritage.

En outre, lors de son audition devant votre commission des Affaires sociales, le ministre des affaires sociales et de l'intégration a déjà annoncé le dépôt d'au moins un amendement sur la revalorisation des prestations d'assurance-vieillesse. Au moment du dépôt de ce rapport, votre commission n'a toujours pas été informée du détail de celle-ci, alors qu'elle doit entrer en vigueur au 1er juillet 1991. Autant dire que le Parlement aura peu loisir d'en débattre. Sur un sujet aussi important pour nos concitoyens, cette procédure n'est pas admissible.

En tout état de cause, s'agissant du texte en l'état, si les dispositions du titre II relatif aux dispositions sociales applicables dans les départements d'outre-mer a paru à votre commission représenter un progrès par rapport à la situation actuelle et répondre à une attente légitime des familles concernées même si elles ne sont pas tout à fait exemptes de critiques, celles du titre premier constitueraient, si elles étaient adoptées, des atteintes graves au rôle du Parlement et sont manifestement contraires à des principes fondamentaux.

C'est pourquoi votre commission vous propose d'opposer l'exception d'irrecevabilité au titre premier du texte en discussion.

TITRE PREMIER

MESURES RELATIVES A LA RÉGULATION DES DÉPENSES DE SANTÉ

Les dispositions du titre premier du projet de loi tirent les conséquences législatives des accords conclus récemment par l'Etat, d'une part, avec quatre organisations syndicales représentatives des biologistes -le 15 février 1991- et, d'autre part, avec deux organisations syndicales représentatives des établissements de santé privés -le 4 avril 1991 pour l'Union hospitalière privée et le 15 avril pour la fédération des établissements hospitaliers de l'assistance privée à but non lucratif-.

Ces accords ont, selon le Gouvernement, pour objet de mettre en oeuvre des procédures et des méthodes nouvelles en vue de favoriser une meilleure maîtrise des dépenses de biologie et de l'hospitalisation privée.

Votre commission, après en avoir longuement délibéré, a décidé de ne pas procéder à un examen, au fond, de ce dispositif, pour trois ordres de motifs.

Elle considère d'abord que la méthode retenue par le Gouvernement précédent, dans la définition de sa politique sanitaire et sociale, appelle des critiques très sérieuses, que les propos rassurants tenus et la volonté réelle de concertation affichée par le nouveau ministre des affaires sociales et de l'intégration ne suffisent pas à faire tomber.

Elle estime ensuite que, sur le fond, les dispositions soumises à votre examen amorcent un bouleversement profond des orientations de notre politique sanitaire et sociale, sans permettre pour autant de passer d'une logique de maîtrise aveugle des dépenses à une démarche d'optimisation des moyens de santé, seule apte à permettre de surmonter les défis essentiels auxquels la France est, dans ce domaine, confrontée.

Elle considère enfin que le texte dessine un paysage institutionnel nouveau de notre politique sanitaire et sociale, dans des termes qui remettent en cause certaines garanties fondamentales accordées jusqu'alors aux professions de santé et sans une consultation préalable et claire de la représentation nationale.

Telles sont les trois raisons qui conduisent votre commission à vous demander **d'opposer l'exception d'irrecevabilité aux dispositions du titre premier**, raisons sur lesquelles elle vous propose de revenir plus longuement.

I - LA DEMARCHE GOUVERNEMENTALE APPELLE DES CRITIQUES SÉVÈRES

Les critiques de votre commission portent autant sur les conditions dans lesquelles ont été négociés les deux accords dont il vous est aujourd'hui demandé de tirer les conséquences législatives, que sur le cadre dans lequel le Parlement est appelé, depuis trois ans maintenant, à délibérer sur la politique sanitaire et sociale de la France.

a) Les rapports de l'Etat et des professions de santé : la stratégie d'Horace

Les deux accords conclus avec les biologistes et l'hospitalisation privée, pour avoir été signés, l'un par l'ensemble des organisations syndicales les plus représentatives et l'autre par deux organisations qui, pour être minoritaires, n'en sont pas moins pleinement représentatives, appellent toutefois plusieurs remarques qui en affectent gravement la portée.

Au mépris des textes en vigueur, les caisses d'assurance-maladie et, parmi elles, singulièrement la caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés, ont été constamment tenues à l'écart de ces négociations. Certes, l'Etat joue, dans la

négociation conventionnelle entre les professions de santé et les caisses, un rôle important, justifié d'une part par les responsabilités qui sont les siennes dans la définition de la politique économique, financière, sociale et sanitaire et, d'autre part, par le pouvoir d'agrément que lui donnent les textes. Ce pouvoir ne l'autorisait toutefois nullement, sans base légale, à se substituer à l'un des deux partenaires conventionnels. Le projet de loi portant réforme hospitalière a toutefois déjà montré, par la maigre part qu'il réserve aux organismes d'assurance-maladie, la considération dont jouissent désormais ces derniers dans l'esprit des responsables gouvernementaux. Un exemple ? Dans le texte initial de cette réforme, le délai d'approbation des budgets des hôpitaux, dans un souci d'allègement des tutelles, était ramené de 60 à 30 jours suivant la date de sa transmission au représentant de l'Etat. Un délai identique à celui... accordé aux caisses pour formuler leur avis sur lesdits budgets,... avis que le représentant de l'Etat n'avait plus, dès lors, le temps d'examiner !

Toujours au plus grand mépris des textes légaux, réglementaires ou conventionnels en vigueur, les deux accords comportent en outre des dispositions tarifaires, dont il est aisé d'imaginer le moyen de pression qu'elles ont constitué, notamment dans la négociation avec les représentants des professionnels de la biologie.

Enfin, l'accord conclu avec les organisations représentatives de l'hospitalisation privée, a été "cadenassé" par l'introduction, brutale et subreptice, dans la loi du 18 janvier 1991 (dernier DMOS en date), de dispositions qui devaient, à l'origine, trouver leur place dans la loi hospitalière et dont l'objet était de réviser les conditions de la tarification de ce secteur d'activité.

*

Ces pratiques regrettables ont non seulement affecté les accords dont les conséquences législatives vous sont aujourd'hui soumises, mais ont été observées dans d'autres circonstances.

Est-il besoin de rappeler les conditions dans lesquelles le Gouvernement a décerné, en 1989, un brevet de représentativité à une organisation représentant plus particulièrement les médecins généralistes, afin de favoriser le bon aboutissement d'une négociation conventionnelle rendue difficile par les légitimes résistances de ceux

avec lesquels, depuis 1960, l'Etat avait construit des rapports certes quelquefois difficiles, mais toujours confiants ?

Est-il également nécessaire de rappeler dans quelles conditions, tout aussi regrettables, le Gouvernement a demandé au Parlement, aux plus forts moments de cette négociation conventionnelle, de favoriser la division entre médecins généralistes et médecins spécialistes, dans un autre projet de loi portant diverses mesures d'ordre social (n° 90-86 du 23 janvier 1990) par l'introduction de dispositions autorisant la conclusion de conventions séparées ?

Est-il enfin utile de souligner qu'au moment même où le présent rapport était soumis à la délibération de votre commission, la caisse nationale d'assurance-maladie était saisie d'une proposition tendant à permettre une renégociation pleine et effective des contrats de santé, dont les effets menacent l'exercice libéral de la médecine et le libre choix du praticien par le malade, même si leur contenu mérite peut-être, au plan strictement économique, plus ample examen ?

La description de ces méthodes montre assez que la gestion de l'appareil sanitaire et social laisse le temps disponible aux ministres pour la lecture des meilleurs classiques. Tel Horace, l'Etat n'entend-il pas en effet transformer le paysage institutionnel, économique et social de notre système sanitaire, en atteignant, une à une, les professions de santé et en engageant cette besogne avec les plus faibles d'entre elles ? La biologie représente un peu moins de 4 % de la dépense d'assurance-maladie et les augmentations en volume de ce secteur ne pouvaient pas ne pas rendre les représentants de cette profession insensibles à un discours de maîtrise. Certains syndicats représentatifs de l'hospitalisation privée ont considéré, par ailleurs, que le pari d'une nouvelle tarification, favorisant une plus grande transparence et une meilleure comparaison des secteurs public et privé, valait bien l'enveloppe globale et les risques qu'elle comporte.

Il reste maintenant aux pouvoirs publics à engager l'essentiel : la négociation avec les médecins et les chirurgiens dentistes, dont chacun sait la vigilance de leurs responsables syndicaux. Comment ne pas souligner, à cet égard, comment le gouvernement précédent a malicieusement écarté les anatomo-cytopathologistes, qui sont médecins, de l'accord conclu avec les

biologistes, alors que, jusqu'à présent, le sort de ces professions était lié ?

Le nouveau ministre des affaires sociales et de l'intégration, tout autant que le ministre délégué à la santé, proposent aujourd'hui un autre discours, une autre méthode. Votre commission ne saurait, pour autant, oublier celle qui a permis l'élaboration du projet de loi soumis aujourd'hui à votre examen, par un mépris inacceptable du dialogue et de la concertation, mais aussi, selon des procédures qui ont porté une atteinte grave aux prérogatives du Parlement.

*b) Les rapports entre le Gouvernement et le Parlement :
la "tactique du saucisson"*

Le mode de relations établi par le gouvernement précédent avec les professions de santé s'est accompagné d'une tactique dite du "saucissonnage" législatif des mesures destinées à réorganiser le paysage institutionnel et économique de notre politique sanitaire.

Ainsi qu'il a déjà été dit, la loi n° 90-86 du 23 janvier 1990 portant diverses mesures d'ordre social, a contribué d'abord à diviser profondément la médecine libérale, en vue de favoriser l'aboutissement d'une négociation conventionnelle sur laquelle le Parlement n'a jamais été ni directement, ni clairement informé.

La loi n° 91-73 du 18 janvier 1991, portant dispositions relatives à la santé publique et aux assurances sociales -formulation renouvelée pour un texte comportant, comme les autres "DMOS" toutes autres sortes de dispositions- a posé les bases d'une réforme importante de la tarification des activités des établissements privés d'hospitalisation, visant à permettre de réaliser des économies importantes, au mépris de bon nombre d'établissements dont la situation était pourtant fragile et à encadrer la négociation qui a abouti au texte soumis aujourd'hui à votre examen.

Le projet de loi portant réforme hospitalière, dont l'examen, laborieux, viendra bientôt à son terme, modifie fondamentalement le régime d'autorisation applicable aux établissements et aux installations sanitaires privées, en le confondant d'une part avec celui du secteur public et en l'enfermant d'autre part dans une logique de durée déterminée dont le professeur Steg -faut-il le rappeler ici une fois encore- a dit combien elle risquait de précariser gravement ce secteur d'activité.

Le projet soumis à votre examen achève -est-ce bien certain ?- de réformer le secteur privé d'hospitalisation et instaure, dans les rapports entre l'Etat, l'assurance-maladie et la biologie, des règles nouvelles et menaçantes.

Le nouveau ministre des affaires sociales a, courageusement, indiqué à votre commission que, si les méthodes et les procédures méritaient d'être corrigées, les principes qui commandent ce projet seraient progressivement étendus à l'ensemble des professions de santé.

Ainsi que l'a fort bien montré M. Jean-Yves Chamard, député, à l'Assemblée nationale, deux méthodes étaient possibles :

- la première consistait à soumettre à l'approbation de la représentation nationale les principes renouvés sur lesquels l'Etat entendait désormais établir ses relations avec les caisses d'assurance-maladie et les professionnels de santé, puis de les décliner profession par profession ;

- la seconde, finalement retenue, vise au contraire, par une sédimentation législative sans cohérence affichée, à aboutir à un résultat semblable sans l'accord explicite ou, du moins, sans un débat ouvert et franc devant les deux chambres du Parlement.

*

* *

En somme, les formes actuelles de la concertation avec les professions de santé ne permettent pas que s'établisse une relation authentique et confiante entre elles et l'Etat, relation sans laquelle pourtant aucune politique d'optimisation des moyens ne peut réussir.

L'absence de consultation de la représentation nationale interdit aux acteurs du système de soins et à l'opinion de comprendre l'action du Gouvernement. Quel est le résultat de tout cela ?

Le 11 juin dernier, plusieurs dizaines de milliers de professionnels de la santé n'hésitaient pas à descendre dans la rue pour exprimer, d'une manière spectaculaire, l'inquiétude que leur inspiraient de telles pratiques.

Le 12 juin dernier, la commission mixte paritaire réunie pour aboutir à un texte commun sur le projet de loi portant réforme hospitalière a dû constater l'impossibilité de conclure positivement ses travaux, malgré la volonté affichée, par le Sénat, d'un dialogue constructif. Seuls des procédés contestables ont pu permettre d'éviter le recours, en nouvelle lecture devant l'Assemblée nationale, à la procédure de l'article 49, alinéa 3.

Il n'est pas sûr que le projet de loi soumis à votre examen pourra être adopté par l'Assemblée nationale, après son examen par le Sénat, en deuxième lecture, sans recourir à ladite procédure.

Est-ce là une situation enviable pour un ministre confronté aux difficultés d'un déséquilibre conjoncturel et important de l'assurance-maladie et engagé dans une réforme de notre système sanitaire, dont votre commission voudrait démontrer maintenant la portée essentielle ?

II - LA RÉFORME INSPIRE, SUR LE FOND, DE TRÈS GRAVES RÉSERVES

La consommation médicale totale a atteint, en 1990, 538 milliards de francs, soit 9 537 francs par habitant. Après avoir connu des rythmes de croissance annuels proches de 20 % -entre 1970 et 1975- la progression de cette consommation s'est inscrite dans une fourchette de 13,6 % entre 1980 et 1985, puis de 7 à 10 % sur la période récente.

La France a pris, dans la maîtrise de ses dépenses de santé, un retard difficilement contestable sur ses principaux concurrents et notre pays consacre à ces dépenses un effort de 13 % supérieur à celui de l'Allemagne et de 38 % à celui du Danemark.

Cependant, ainsi que l'a excellemment rappelé notre collègue Claude Huriet, dans son rapport sur le projet de loi portant réforme hospitalière, l'importance des dépenses de santé est d'abord la conséquence d'une élévation sensible du niveau de vie des pays occidentaux et des modifications de comportement qu'elle induit.

Dans un tel contexte, toute réflexion sur la nécessaire politique de maîtrise des dépenses appelle, en conséquence, la réponse à trois questions essentielles et le projet de loi soumis à votre examen justifie, à la lumière de ces réponses, quatre réserves.

a) Les trois clefs d'une politique de maîtrise des dépenses

Première question : la maîtrise de l'évolution des dépenses d'assurance-maladie exige-t-elle que l'on bride à l'identique celle de la dépense de santé ?

En d'autres termes, dès lors que le système de protection sociale garantit à tous les résidents un haut niveau de couverture et

offre une réponse adaptée à la situation des personnes défavorisées, en raison de leur condition sociale ou de leur état de santé, l'Etat doit-il déterminer autoritairement la part que les ménages entendent consacrer à leur santé ? La convention médicale conclue en 1980 avait, par l'institution du secteur II, apporté une réponse sage et mesurée à une telle question. Une telle réflexion ne mérite-t-elle pas d'être étendue à l'ensemble du système de soins ? Pour justifier sa réforme, le gouvernement fait souvent référence au modèle allemand, qui apporte, sur le thème abordé par votre commission, des réponses intéressantes.

Deuxième question : la subordination de l'évolution des dépenses de santé à celle de l'assurance-maladie n'est-elle pas d'autant moins tolérable que le niveau de protection sociale est lui-même soumis aux fortes pressions qu'exerce, sur l'équilibre financier du système, l'évolution de la conjoncture économique ?

En somme, est-il bon de déterminer les règles de répartition des revenus des ménages au motif qu'ils subissent des évolutions contrastées et pèsent, par là-même, sur les ressources disponibles de l'assurance-maladie ? Est-il juste de lier mécaniquement taux de chômage et satisfaction du besoin de santé ?

Troisième question : est-il parfaitement exact d'affirmer, comme les responsables gouvernementaux ont coutume de le faire, que l'économie de la santé est essentiellement commandée par l'offre ?

Si tel est le cas, comment est-il possible de différer plus longtemps le traitement de questions aussi essentielles que la maîtrise de la démographie médicale, le redéploiement de notre appareil hospitalier, ou encore l'adaptation des moyens d'hébergement sanitaires et sociaux aux données démographiques du moment ?

Comment ne pas rappeler que le tassement réel -5,1 %- de la croissance de la dépense de santé en 1987, ne s'explique pas autrement que par les mesures, certes impopulaires, mais courageuses et légitimes -qui a donc osé les remettre en cause ?- prises

par Philippe Séguin, alors ministre des affaires sociales et visant à agir sur la demande de soins ?

b) L'enveloppe globale : quatre objections essentielles

Les dispositions soumises à votre examen visent à enfermer désormais les dépenses de biologie et d'hospitalisation privée dans une enveloppe annuelle de dépenses déterminée a priori, en fonction d'un volume d'activité, désormais préalablement arbitré, la variation de la valeur des actes permettant de respecter l'une, quelle que soit l'évolution de l'autre de ces deux données.

Ce procédé appelle quatre observations de fond.

Première objection : L'enveloppe globale nationale, même si elle fait l'objet d'une répartition régionale conventionnellement établie, pénalise les comportements des plus vertueux au profit de ceux qui, plus indéclicats, accroissent indûment leur volume d'activité.

Cette objection, excellemment formulée par le rapporteur du projet de loi devant l'Assemblée nationale, sera difficilement corrigée, comme il semble le penser, par le seul effet des mesures d'autodiscipline conventionnelles -faut-il encore qu'une convention ait été signée- qui ne peuvent sanctionner que les seuls comportements "délictuels".

Il ne peut donc être répondu pleinement à cette objection que par une approche plus "individuelle" de l'enveloppe. Tel est bien l'objet d'un amendement qui, adopté par l'Assemblée nationale, vise à permettre de tenir compte, pour la détermination des sommes dues aux laboratoires, du taux de croissance de leur activité et de leurs caractéristiques.

Une telle rédaction recouvre en fait, deux objectifs distincts :

L'enveloppe globale risque d'avoir, en France comme dans les pays où elle a été appliquée -Allemagne et Belgique en particulier- un effet de concentration des laboratoires de biologie. Si l'on souhaite -et le Gouvernement semble le souhaiter- qu'une éventuelle concentration économique et financière des moyens n'entraîne pas une "désertification géographique" de la biologie française, les principes, légaux et réglementaires, qui régissent ce secteur d'activité doivent être modifiés profondément et supposent donc des dispositions législatives complémentaires. Quand seront-elles présentées et n'est-ce pas là une poursuite, mieux fondée, mais indiscutable, de la "tactique du saucisson" ?

L'amendement permet, en second lieu, de déterminer une enveloppe individuelle ou, à tout le moins, de tenir compte, dans les sommes dues finalement aux laboratoires, des évolutions de leur volume d'activité. Si tel est le cas, la flottaison du B permettrait de faire varier la valeur de la lettre-clef dans des termes qui pourraient paraître discutables au regard de l'égalité de traitement, s'ils ne sont pas techniquement indiscutables.

Mais surtout l'aboutissement d'un tel système est, qu'on le veuille ou non, une remise en cause du paiement à l'acte, par un mode de détermination plus forfaitaire des sommes dues aux professions de santé par l'assurance maladie.

Votre commission ne prétend pas, par sa démonstration, écarter purement et simplement le principe de l'enveloppe qui constitue l'une des voies -il en est d'autres- d'une politique de maîtrise des dépenses de santé. Elle affirme seulement, par cette première série d'objections, que sa mise en oeuvre mérite mieux qu'un dispositif qui, par sa technicité, interdit aux professions, au Parlement et à l'opinion d'exercer des choix éclairés.

Deuxième objection : la dotation globale, appliquée aux hôpitaux, a montré ses limites. Ainsi que le montre une étude récente effectuée par un grand corps de contrôle de l'Etat, la diminution

sensible de la part de la dépense hospitalière dans l'ensemble des dépenses de santé, constatée depuis 1984, a tenu plus à des considérations d'ordre économique, ou épidémiologiques qu'aux effets de la dotation globale et la moindre progression de l'évolution des coûts fixes a masqué de fortes progressions des dépenses médicales. La dotation globale n'a, en aucun cas, constitué, ni un moyen du redéploiement hospitalier, ni un instrument efficace du financement des investissements. Elle n'a donc eu qu'un très médiocre effet restructurant.

Il en est, à coup sûr, de même pour l'enveloppe globale, si les conditions de mise en oeuvre qui vous sont proposées sont maintenues. Selon le texte, s'il appartient à l'Etat, aux caisses et aux professions de tenter d'arrêter ensemble la dépense annuelle, il revient aux seuls mécanismes conventionnels d'établir la répartition régionale de l'enveloppe et de donner ainsi une portée structurante à cette nouvelle procédure. Il est permis de sourire quand on sait qu'un tel schéma va d'abord s'appliquer à la biologie, qui est privée de tout instrument conventionnel depuis longtemps !

Quant à l'Etat, pourquoi attendre de lui qu'il prenne des initiatives de restructuration "politiquement" difficiles, tandis que ses objectifs de limitation de la dépense auront été atteints. Si le modèle hospitalier public, sur lequel les moyens d'intervention de l'Etat sont considérables, démentait cette observation, votre commission la retirerait bien volontiers. Hélas !

Un dernier point : l'enveloppe globale, tout autant que la dotation globale en 1984, s'appliquera à une réalité inchangée et les marges offertes pour modifier cette réalité seront, pour les raisons sus-indiquées, toujours insuffisantes.

Troisième objection : l'enveloppe globale, dans le schéma qui vous est proposé, s'accompagne d'une généralisation du tiers payant.

Votre commission ne veut pas s'attarder sur la recherche, difficile, de la réponse à la question de savoir si le tiers payant comporte ou non des effets inflationnistes. Elle notera simplement

que, s'agissant de la biologie, et de l'hospitalisation privée soumise, il est vrai, d'ores et déjà, pour une bonne part, au tiers payant, le volume d'actes est déterminé par la prescription médicale. Cette dernière sera-t-elle plus vertueuse quand médecin et malade sauront que, désormais, ce dernier sera dispensé de l'avance des frais ?

Votre commission souhaite insister surtout sur les conséquences, au plan des principes, d'une telle généralisation. Supprimant le rapport économique direct avec le patient et conduisant à une détermination globale et a posteriori, de la ressource du laboratoire -et demain du médecin ?- un tel dispositif remet en cause, une fois encore, le principe même du paiement à l'acte.

La remise conventionnelle, souhaitée par certaines organisations représentatives, ne se distingue pas vraiment, de ce point de vue, du tiers payant et, techniquement, ne s'éloigne qu'assez peu de ce procédé.

Une telle objection ne tend pas à condamner, sans appel, les procédures ainsi proposées. Elle montre seulement les effets considérables d'une réforme soumise, à la hâte, en fin de session, au Parlement.

Un dernier point, mineur : le tiers payant généralisé incite naturellement le laboratoire ou la clinique, à préférer le patient tenu de régler son ticket modérateur à tous les autres. Le ticket modérateur est en effet calculé sur la valeur initiale de la lettre-clef...

Quatrième objection : l'enveloppe globale incite-t-elle réellement l'Etat à engager une profonde réforme tarifaire ?

Ce n'est pas sans un humour discutable que la convention conclue avec les biologistes prévoit que le ministre s'engage à examiner avec la plus grande attention les projets transmis par la commission de la nomenclature de la biologie, alors que le Conseil d'Etat a rendu, le 31 octobre 1990, une série d'arrêts de principe

reconnaissant notamment au Gouvernement, la faculté de ne pas tenir compte de l'avis ou de ne pas consulter ladite commission.

Plus encore, l'accord sur l'enveloppe globale acquis, l'Etat sera-t-il incité à entreprendre le codage des actes de biologie (1), sans lequel aucune transparence financière ne sera possible et engagera-t-il la mise en oeuvre effective de la tarification par pathologie de la dépense hospitalière dans le délai prévu, pour le secteur privé, du 31 décembre 1993 ?

Votre commission voudrait être certaine de pouvoir répondre, positivement, sans risque d'erreur, à ces deux questions.

Telles sont donc les objections de fond qui, selon votre commission, exigent que le dispositif soumis à votre examen, plutôt que d'être furtivement et successivement imposé à toutes les professions de santé, fasse l'objet d'un débat clair et préalable, tant avec la représentation nationale qu'avec les professions.

(1) dont on parle depuis de si longues années ...

III. LE TEXTE REMET EN CAUSE CERTAINES DES GARANTIES FONDAMENTALES ACCORDEES AUX PROFESSIONS DE SANTE ET AUX PARTENAIRES SOCIAUX

Ces objections, de méthode et de fond, de votre commission n'auraient pas suffi à vous demander d'adopter une exception d'irrecevabilité si le texte soumis à votre examen ne conduisait à une réforme institutionnelle dont les effets menacent le respect des garanties fondamentales accordées jusqu'alors aux professions de santé et aux partenaires sociaux.

a) Le régime conventionnel actuel : un régime de "contrat surveillé"

Le système conventionnel actuel, patiemment élaboré depuis 1960, consacré, depuis 1971, par la mise en oeuvre de conventions de portée nationale, repose sur quelques règles simples, inspirées de celles qui s'appliquent aux relations du travail.

Une convention de portée pluriannuelle est conclue, entre une ou plusieurs organisations syndicales reconnues représentatives, au plan national, des professions de santé concernées et au moins deux des trois caisses nationales d'assurance maladie, dont, obligatoirement, la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés. Cette convention détermine les règles qui définissent les rapports entre les professions et les caisses et son contenu s'est constamment enrichi depuis 1971, ajoutant à l'autodiscipline, la formation, la protection sociale et tous sujets concernant l'activité des professions de santé.

La convention peut être complétée par des avenants et notamment, par des avenants tarifaires, le plus souvent de portée annuelle.

Il est toutefois essentiel de noter que le fait, pour une organisation, de n'avoir pas signé l'avenant tarifaire n'a nullement pour effet de la placer hors de la convention. En effet, s'agissant de la convention médicale, sur laquelle sont alignés les autres textes conventionnels existants, les hypothèses de retrait sont limitativement énoncées par son article 39, et écartent ainsi explicitement, parmi ces hypothèses, celle de la non signature de l'avenant tarifaire. Une telle règle est la conséquence du pouvoir d'agrément et de substitution de l'Etat. La convention ne saurait perdre ses effets du seul fait de l'opposition de l'Etat à l'accord tarifaire conclu par les parties signataires.

La convention, comme son avenant, n'entrent en effet en vigueur qu'après avoir reçu l'agrément ministériel. En cas d'absence d'avenant tarifaire, ou de convention, il appartient au pouvoir réglementaire d'arrêter les tarifs. Ce pouvoir d'agrément et de substitution a conduit le Conseil d'Etat, dès 1977, (Conseil d'Etat : Hervouet, section, 18 février 1977) à donner un caractère réglementaire aux conventions médicales et à reconnaître, dans le cadre législatif ainsi fixé, au pouvoir réglementaire le soin de régler les modalités de mise en oeuvre de la procédure conventionnelle. Cette jurisprudence a été entérinée par le Conseil Constitutionnel, dans une décision récente, rendue le 22 janvier 1990 (n° 89-269).

La même décision a toutefois confirmé qu'au nombre des principes fondamentaux "relevant de la compétence du législateur figure celui d'après lequel le tarif des honoraires médicaux pour les soins destinés aux assurés sociaux est fixé par voie de convention passée avec les praticiens ou leurs organisations représentatives ou, à défaut, par voie d'arrêté".

Le système actuel, consacré par la juridiction constitutionnelle, repose donc sur trois fondements :

- le respect du pluralisme syndical et de la liberté d'expression et de négociation des organisations syndicales représentatives des professions de santé ;

- la reconnaissance du rôle joué par les partenaires sociaux, dans la gestion négociée de l'assurance maladie ;

- le respect de l'autorité de l'Etat, à qui il revient de définir la politique de santé et de protection sociale, le niveau des prélèvements obligatoires et, au regard de ces impératifs, d'approuver les règles conventionnelles et d'approuver ou de fixer les tarifs.

b) Le régime fixé par le projet de loi : un nouvel ordre juridique, qui menace les garanties fondamentales accordées aux professions de santé et aux partenaires sociaux

Le dispositif soumis à votre examen bouleverse l'édifice patiemment construit depuis 1960 et reposerait, s'il devait être adopté, sur les règles suivantes :

Un accord national annuel, qui définit l'enveloppe globale des dépenses autorisées, est conclu entre l'Etat, les caisses d'assurance maladie et une ou plusieurs organisations syndicales représentatives des professions concernées. Cet accord tripartite affiche clairement, sans qu'il y ait à s'en offusquer, le rôle essentiel que joue l'Etat, dans la négociation tarifaire et conventionnelle, légitimé par la responsabilité qui lui revient d'assurer l'équilibre de l'assurance maladie. Il est à noter toutefois qu'en droit, c'est bien aux caisses qu'incombe une telle mission, définie solennellement par les fameuses "ordonnances de 1967".

La première innovation du texte est que seules les organisations signataires de cet accord national tripartite ont accès à la table de la négociation conventionnelle qui s'engage entre les caisses et les professions de santé, l'Etat exerçant seulement, en cette matière, son pouvoir d'agrément.

La deuxième innovation consiste à regrouper, pour ladite négociation conventionnelle, l'ensemble des organisations signataires de l'accord tarifaire national au sein d'un comité professionnel

habilité à agir, collectivement, en leur nom. Votre commission avoue mal comprendre les conditions de mise en oeuvre pratique d'un tel dispositif qui viole gravement le principe du pluralisme syndical.

La troisième innovation est que l'enveloppe tarifaire annuelle étant arrêtée par un accord tripartite, c'est à un avenant à la convention, bipartite, qu'il revient d'en déterminer les modalités de la répartition.

Sont ainsi écartées de la vie conventionnelle et des décisions essentielles et structurantes intéressant la profession toutes les organisations qui n'ont pas signé l'accord tarifaire tripartite. Ce dispositif est en contradiction flagrante avec les règles jusqu'alors retenues. Hier la convention était l'acte fondateur, et l'avenant tarifaire l'annexe séparable. Demain, la règle inverse s'appliquerait, au mépris du pluralisme syndical et de la liberté de négocier.

Au-delà des remarques de principe qu'appellent de telles règles, comment peut-on imaginer de subordonner la participation à une négociation pluriannuelle entre deux parties, à la signature d'un acte annuel, associant un troisième partenaire ? Quel rôle jouerait aujourd'hui la CGT dans la vie conventionnelle, si son droit de négocier était lié à sa signature au bas des accords salariaux ?

Quelqu'amendement que le Gouvernement puisse imaginer -une telle proposition semble avoir été envisagée à l'Assemblée nationale- pour permettre aux organisations non signataire de l'accord tripartite de participer, dans des conditions spécifiques, à la négociation conventionnelle, c'est l'ordre même des actes, retenu par le texte, qui paraît inacceptable.

Votre commission n'hésite pas à considérer que, dans son état actuel, le texte remet en cause gravement :

- la liberté de négociation conventionnelle reconnue aux organisations syndicales représentatives des professions de santé,

telle qu'elle résulte des principes, fondamentaux, jusqu'à présent retenus ;

- **le pluralisme syndical**, dans ce qu'il se trouve menacé, dans le cadre de la négociation conventionnelle, par la constitution d'un comité professionnel ;

- **le rôle, reconnu** depuis 1945 et consacré par les ordonnances de 1967, **des partenaires sociaux** dans la gestion de l'assurance maladie. Il est cocasse d'observer qu'une telle remise en cause est acceptée par une majorité qui n'hésitait pas, il y a quelques années encore, à introduire le suffrage universel pour l'élection des administrateurs des caisses !

*

* *

Ainsi, **le projet de loi** qui vous est aujourd'hui soumis tend-il à revenir, à de nombreux égards, **sur les garanties fondamentales offertes** à la fois aux professions de santé et aux partenaires sociaux **par la législation en vigueur**. Or, dès sa décision n° 83-165 du 20 janvier 1984, le Conseil constitutionnel, au motif que certaines dispositions en vigueur donnant des garanties conformes aux exigences constitutionnelles (1) n'étaient pas remplacées par des garanties équivalentes, dans des dispositions nouvelles votées par le Parlement, a annulé ces dernières.

Cette jurisprudence a été confirmée et précisée depuis par plusieurs décisions (n° 84-785 du 18 janvier 1985 ; n° 86-210 du 29 juillet 1986).

(1) Or, le respect du droit syndical, reconnu par le préambule de la constitution, est d'ordre constitutionnel, notamment en ce qu'il fonde les prérogatives des organisations syndicales (décision n° 89-257 du 25 juillet 1989).

Votre commission considère donc, que les dispositions soumises aujourd'hui à votre examen ne sont pas conformes à la Constitution.

Pour ces motifs, mais aussi parce qu'il convient de refuser que la représentation nationale soit tenue à l'écart de la mise en oeuvre d'un processus qui :

- redéfinit fondamentalement les rapports juridiques et économiques entre les acteurs du système de soins,

- remet en cause le paysage institutionnel dans lequel s'inscrivent ces rapports, selon des méthodes contestables,

- modifie ainsi substantiellement les conditions générales d'exercice du droit à la protection de la santé, tel qu'il est reconnu par le préambule de la constitution,

il vous est demandé d'opposer une exception d'irrecevabilité aux dispositions du titre premier du présent projet de loi, dont l'effet de l'adoption est d'entraîner le rejet desdites dispositions.

TITRE II

DISPOSITIONS SOCIALES APPLICABLES DANS LES DEPARTEMENTS D'OUTRE-MER

Le titre II du présent projet vise à promouvoir l'égalité sociale dans les départements d'outre-mer. Il s'inspire de certaines des propositions du rapport Ripert remis au Premier ministre en décembre 1989.

Il comporte deux séries de dispositions importantes.

La première concerne l'alignement, avant le 1er janvier 1995, du régime et du montant des allocations familiales servies dans les DOM sur ceux de la métropole.

Il convient de rappeler que, selon l'état des lieux très précis dressé en 1988 par la commission d'évaluation de la parité sociale globale présidée par Hector Riviérez, l'écart entre les prestations des DOM et celles de la métropole résultait, pour près des quatre-cinquième, des conditions d'attribution des prestations familiales.

Une partie de ce retard a été comblée grâce à la suppression de la condition d'activité professionnelle depuis le 1er mars 1988 pour l'attribution des allocations familiales et de l'allocation de rentrée scolaire et, depuis le 1er juillet 1989, pour toutes les autres prestations familiales, mais les deux-tiers du chemin restaient à accomplir.

Ce projet doit permettre de franchir une nouvelle étape vers la résorption des inégalités dans ce domaine. Le tableau inséré en annexe permet d'en avoir un aperçu.

La seconde est relative à l'action sociale de la branche famille dans les DOM. Plusieurs mesures de portée variable sont proposées. La plus importante concerne la transformation, à compter du 1er janvier 1993, du fonds d'action sanitaire et sociale obligatoire - le FASSO- dans les DOM en une prestation "restauration scolaire" gérée par les caisses d'allocations familiales.

CHAPITRE PREMIER

Dispositions relatives aux prestations familiales

Art. 8

(Art. L. 755-3 du code de la sécurité sociale)

Service et base de calcul des prestations familiales

Cet article a pour objet principal d'aligner la base de calcul des prestations familiales versées dans les départements d'outre-mer sur celle applicable en métropole.

En effet, actuellement cette base n'est pas identique. Le montant des prestations versées dans les DOM est un pourcentage d'une base correspondant à 25 fois le montant journalier des allocations familiales servies pour deux enfants.

En métropole, ce montant est déterminé d'après une base mensuelle de calcul (dite "BMAF") dont le principe figure à l'article L. 551-1 du code de la sécurité sociale. Cet article indique que cette base est fixée par décret, deux ou plusieurs fois par an, "de façon à compenser totalement ou partiellement la charge que le ou les enfants représentent pour la famille". A titre d'information, au 1^{er} janvier 1991, la BMAF s'élevait à 1 905,20 Francs.

L'article 8 du projet complète donc l'article L. 755-3 du code de la sécurité sociale, qui énumère les dispositions relatives aux prestations familiales figurant dans ce code applicables tant dans les départements d'outre-mer qu'en métropole, par un alinéa posant le principe d'une base de calcul unique pour l'ensemble des départements français.

Celle-ci n'aura pas une incidence immédiate puisque l'égalité des prestations sera précédée par une phase de rattrapage qui s'achèvera au plus tard au 1^{er} janvier 1995. Ultérieurement elle

permettra une évolution identique des allocations familiales et, lors d'une prochaine étape, des prestations familiales dans leur ensemble.

Par ailleurs, cet article comble une lacune relative aux périodes pendant lesquelles les prestations familiales doivent être servies. Celles-ci ont été précisées par l'article 28 de la loi n° 83-25 du 19 janvier 1983 portant diverses mesures relatives à la sécurité sociale, applicable tant en métropole que dans les DOM, et ont été codifiées sous l'article L. 552-1 du code de la sécurité sociale.

C'est donc à juste titre que le présent projet prévoit d'insérer la mention de l'article L. 552-1 dans l'inventaire des dispositions applicables à l'identique en métropole et aux DOM figurant sous l'article L. 755-3 du code de la sécurité sociale.

En conséquence, votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 9

(Art. L. 755-11 du code de la sécurité sociale)

Conditions d'attribution des allocations familiales

Cet article introduit un article L. 755-11 nouveau dans la partie du code de la sécurité sociale relative aux départements d'outre-mer, qui étend à ces derniers les conditions d'attribution des allocations familiales et les majorations pour âge appliquées en métropole.

Ces règles sont fixées par les articles L. 521-1 et L. 521-3 du même code.

L'article L. 521-1 précise que les allocations familiales sont dues seulement à partir du deuxième enfant à charge résidant en France. L'article L. 521-3 indique que chacun des enfants à charge, à

l'exception du plus âgé, ouvre droit à partir d'un âge minimum, fixé actuellement à 10 ans, à une majoration des allocations familiales. Les personnes ayant au moins trois enfants bénéficient également de cette majoration pour chaque enfant à charge au-delà de 10 ans.

L'application de cet article 9 aura des conséquences immédiates.

D'une part, l'entrée en vigueur de l'article L. 521-1 signifie la suppression de l'attribution d'allocations familiales dès le premier enfant à charge, qui est une règle spécifique aux DOM. Cette mesure entrera en vigueur, conformément aux dispositions de l'article 15, dès le 1er juillet de cette année. Toutefois, le projet prévoit un maintien des droits acquis et le gel du montant de cette prestation pour les enfants nés avant le 1er août 1991 au niveau atteint au 1er juillet 1991.

D'autre part, l'article L. 521-3 implique la disparition des majorations servies pour l'aîné des familles de deux enfants et pour les enfants uniques, qui n'existent pas en métropole. Elle est également applicable à compter du 1er juillet 1991.

En revanche, il est prévu de porter progressivement le montant des majorations servies dans les DOM au niveau métropolitain, parallèlement à l'alignement des allocations familiales. A l'heure actuelle, les majorations pour âge dans les DOM s'élèvent à 70 Francs entre 10 et 15 ans et à 108 Francs pour les plus de 15 ans. En métropole, ces montants atteignent respectivement 171 et 305 Francs.

Toutefois, un amendement du Gouvernement à l'article 15 adopté par l'Assemblée nationale a prévu également le maintien des droits acquis pour les familles de deux enfants, comme en matière d'allocations pour un seul enfant, afin que la suppression de la majoration pour âge de l'aîné de deux enfants n'ait pas de conséquence financière négative.

L'introduction dans les deux cas d'une clause de sauvegarde doit être soulignée car elle est de nature à faciliter la transition d'un système propre à un système commun à l'ensemble des départements français.

Néanmoins, ces modifications ne vont pas sans soulever des interrogations sérieuses.

On peut, en particulier, s'interroger sur l'opportunité de la suppression de l'allocation au premier enfant. Pour la justifier, le Gouvernement invoque deux arguments principaux :

- en premier lieu, le coût financier de son maintien est estimé à environ 84 millions de francs et n'a pas été prévu dans l'enveloppe budgétaire d'un milliard destinée à l'alignement des allocations familiales ;

- en second lieu, le principe d'égalité implique que les droits sociaux fondamentaux soient les mêmes pour tous les citoyens. Le maintien de cette prestation spécifique ne serait pas cohérent avec cet objectif.

Cependant, il semble que toutes les conséquences d'une telle mesure n'aient pas été mesurées :

- **40 % du nombre des familles** dans les DOM n'ont qu'un enfant à charge (au 31 décembre 1989). Même si les droits actuellement ouverts resteront acquis, il est certain qu'un nombre élevé de foyers sont potentiellement concernés par cette suppression.

- Cette mesure va creuser l'écart entre les familles avec un enfant et celles comptant deux enfants puisque les premières n'auront droit à rien, alors que les secondes bénéficieront d'une allocation qui, avec l'alignement, sera très substantiellement revalorisée (de 425 Francs à 610 Francs, à l'heure actuelle). On peut donc s'interroger sur les effets de cet alignement sur la natalité, au moment où on constate un rapprochement des taux entre la métropole et les DOM. Il n'existe, selon les informations qui ont été communiquées par le ministre des affaires sociales et de l'intégration lors de son audition par votre

commission, aucune étude disponible sur ce sujet, mais il est évident que cette différence présente un caractère incitatif à avoir deux enfants et plus.

- Celle-ci sera d'autant plus mal perçue que la suppression de l'allocation au premier enfant entrera en vigueur à compter du 1er juillet alors que le terme de l'alignement est fixé au 1er janvier 1995 au plus tard. Il s'agit d'une **suppression brutale**, sans information approfondie auprès des familles, ni concertation avec l'ensemble des organismes intervenant dans le cadre de la politique familiale.

Alors que le projet de loi prévoit une période transitoire pour l'alignement des allocations sociales qui se traduira globalement par une augmentation des transferts sociaux, il n'en propose aucune pour la suppression d'une prestation qui pénalisera les familles dont les enfants naîtront à partir du 1er août. Cette absence de "parallélisme des formes" n'apparaît pas strictement équitable.

Pour toutes ces raisons concrètes, votre commission exprime un avis réservé sur cette mesure qui est peut-être justifiée d'un point de vue théorique, mais qui soulève d'importants problèmes pratiques et d'opportunité.

Elle ne manquera pas, ainsi qu'elle en a délibéré, d'émettre un avis favorable à l'adoption d'éventuels amendements émanant d'un ou plusieurs sénateurs représentant les DOM, tendant à apporter une réponse adéquate à ses interrogations.

Art. 10

Coordination

Cet article tire les conséquences des dispositions précédentes et procède à un "toiletage" du chapitre 5 du titre V du livre VII du code de la sécurité sociale.

C'est ainsi que le paragraphe I de cet article propose d'abroger :

- l'article L. 755-12 qui pose le principe selon lequel les allocations familiales sont dues dans les DOM pour tout enfant. Celui-ci est incompatible avec l'alignement des allocations familiales programmé par le présent projet et, plus particulièrement, avec l'article 9 du projet qui réserve le bénéfice de celles-ci aux familles de deux enfants et plus ;

- l'article L. 755-14 relatif à l'incessibilité et insaisissabilité des allocations familiales. Ces règles sont fondées en métropole sur l'article L. 553-4. Or, l'article L. 755-3, de portée générale, déjà mentionné à l'occasion de l'examen de l'article 8, qui énumère les dispositions du code de la sécurité sociale applicables tant en métropole qu'aux DOM, le vise déjà. L'article L. 755-14 fait donc double emploi et il convient de le supprimer ;

- les articles L. 755-27 et L. 755-28 qui étendent le bénéfice des prestations familiales à certaines catégories particulières (employés de maison, familles de marins). Ces derniers sont devenus sans objet depuis la loi de programme relative au développement des DOM du 31 décembre 1986 qui a supprimé toute condition d'activité professionnelle à l'octroi de telles prestations ;

- les troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 755-16 relatifs notamment à l'évaluation du complément familial. L'article 8 a en effet substitué pour l'ensemble des prestations familiales la base de calcul appliquée en métropole.

Le paragraphe II remplace, dans l'article L. 755-2-1, la référence à l'article L. 755-12 par l'article L. 755-11, compte tenu de l'article 9 du projet. Ce faisant, il actualise le champ d'application des dispositions relatives aux prestations familiales applicables aux employeurs et travailleurs indépendants.

Le paragraphe III tire les conséquences de l'abrogation des articles L. 755-12 et L. 755-14 sur l'article L. 1142-12 du code rural relatif aux conditions d'attribution des prestations familiales aux exploitants agricoles dans les DOM.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

CHAPITRE II

Dispositions relatives à la protection de la maternité

Art. 11

(Art. L. 190 du code de la santé publique)

Mode de calcul de la "prime à la protection de la maternité"

Cet article prévoit un nouveau mode de calcul pour la prime visée à l'article L. 190 du code de la santé publique.

Cette prime, applicable seulement dans les DOM, s'adresse aux femmes qui n'ont pas le droit à une prestation familiale liée à la naissance. Elle est versée après chacun des examens prénataux et après l'examen postnatal. Elle compense la non-application dans les DOM de l'allocation pour jeune enfant.

Le décret n° 78-397 du 17 mars 1978 précise que son montant correspond à un pourcentage d'une base de calcul égale à vingt-cinq fois le montant journalier des allocations familiales, bien qu'il s'agisse juridiquement d'une prestation de la protection maternelle et infantile (PMI) et non d'une prestation familiale proprement dite.

Cet article tire donc les conséquences de l'article 8 du projet qui étend l'application de la BMAF aux DOM pour le calcul de l'ensemble des prestations familiales. Désormais, la prime à la protection de la maternité sera également fixée en pourcentage de cette base commune. Cette solution permettra d'augmenter, à compter du 1er juillet 1991, le niveau de cette prestation.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

CHAPITRE III

Dispositions relatives à l'action sociale des caisses d'allocations familiales

Ce chapitre vise d'une part, à actualiser les dispositions de l'article L. 752-7 du code de la sécurité sociale relatif à l'action sociale générale des caisses d'allocations familiales des DOM et, d'autre part, à modifier la gestion et, à terme, le financement de l'action sociale spécifique actuellement régie par l'article L. 752-8 du même code.

Art. 12

(Art. L. 752-7 du code de la sécurité sociale)

Action sociale générale

Cet article introduit deux modifications à l'article L. 752-7 du code de la sécurité sociale.

Premièrement, il actualise la mission confiée aux caisses d'allocations familiales des DOM. L'article 12 précise que celles-ci ont pour rôle d'assurer le service des prestations familiales et d'exercer une action sociale en faveur de leurs ressortissants et de leurs familles. Cette action s'exercera dans le cadre d'un "programme particulier défini par arrêté interministériel après avis de leurs conseils d'administration et du conseil d'administration de la caisse nationale des allocations familiales".

L'action sanitaire qui est à l'heure actuelle théoriquement assurée par les caisses n'est plus mentionnée. En effet, ce type de mission est en fait remplie depuis longtemps par les départements dans le cadre des actions en faveur de la protection matérielle et infantile. La nouvelle rédaction met en accord le droit avec la pratique.

La référence à un programme particulier est une nouveauté dans cet article du code. Mais, en pratique, l'action sociale

des caisses d'allocations familiales fait déjà l'objet d'un programme déterminé par un arrêté interministériel daté du 16 mars 1961 (publié au JO du 6 avril 1961). L'article 12 lui donne enfin, une base légale officielle. Il est prévu également d'actualiser les orientations qu'il contient en fonction des besoins actuels constatés dans les DOM à ce sujet.

La seconde modification concerne le mode de financement de cette action dans les DOM. Dans la pratique, le financement est assuré par le prélèvement d'un pourcentage, fixé par arrêté ministériel, des ressources de chaque caisse.

L'article 12 propose donc là encore, de mettre le droit en conformité avec la pratique en transcrivant explicitement dans le cadre de l'article L. 752-7 les modalités de ce financement. Ce faisant, il garantit directement les ressources qui y seront affectées.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

Art. 13

(Art. L. 752-8 du code de la sécurité sociale)

Action sociale spécifique

Cet article a pour objet de réformer l'action sociale spécifique dans les DOM régie par l'article L. 752-8 du code de la sécurité sociale.

Premièrement, à compter du 1er janvier 1993 (article 15 du projet), les caisses d'allocations familiales se verront expressément confier la charge des frais de restauration scolaire. Cette disposition implique d'une part la disparition du Fonds d'action sanitaire et sociale obligatoire -FASSO- en tant que tel, d'autre part, la gestion de cette aide par les caisses d'allocations familiales.

Deuxièmement, il est précisé que le financement en sera assuré par l'affectation d'une fraction des ressources de ces caisses dont le montant global sera fixé annuellement, pour chaque caisse, par arrêté interministériel.

Enfin, les régimes autres que le régime général devront désormais contribuer au financement de l'action sociale spécifique en fonction des dépenses engagées par leurs bénéficiaires.

Cet article appelle les remarques suivantes :

1°) En ce qui concerne le rôle de l'action sociale spécifique, il convient de rappeler que celle-ci est aujourd'hui réalisée par l'intermédiaire du FASSO créé par la loi du 31 juillet 1963. Ce fonds a été institué pour compenser la différence entre les allocations versées outre-mer et celles de la métropole. En fait, si initialement ses ressources ont représenté un pourcentage des allocations familiales versées dans les DOM, depuis un arrêté du 22 juillet 1980, leur montant évolue sans rapport avec celles-ci.

Sa mission a été définie en termes généraux puisque l'article L. 752-8 précise qu'il assure "le financement de certaines réalisations sociales faites dans l'intérêt des familles ou contribuant au développement intellectuel ou physique des enfants".

Initialement, le FASSO a, en effet, pris en charge des activités et des services divers, considérés comme favorables aux familles comme : les cantines, la formation professionnelle, l'emploi de travailleuses sociales voire l'habitat social (en Guyane) etc. Mais depuis 1982 les principes de son fonctionnement ont été redéfinis. La mission du FASSO a été recentrée au profit des cantines scolaires. Les autres activités ou services ont été confiés soit aux services extérieurs des administrations de l'Etat, soit aux collectivités locales.

Le premier alinéa du texte proposé pour l'article L. 752-8 confirme donc cette évolution. L'action sociale spécifique, dont le principe est confirmé, sera exclusivement consacrée à la couverture

des frais de restauration scolaire. Il s'agirait a priori d'une garantie pour le fonctionnement des cantines scolaires si le gouvernement n'avait pas annoncé la diminution des sommes qui y seront affectées par les caisses d'allocations familiales.

2°) En ce qui concerne la **gestion** des ressources affectées à cette aide, l'article 13 du projet introduit de profondes modifications.

Actuellement, aux termes de l'arrêté du 26 février 1974, le FASSO est géré par un comité spécial présidé dans chaque département par le préfet et composé de quatre représentants des collectivités locales (trois maires et un conseiller général), sept représentants des administrations d'Etat, deux personnalités qualifiées et six administrateurs de la caisse d'allocations familiales.

Il y a donc parité entre les représentants de l'Administration et les élus (maires, conseillers généraux, administrateurs CAF).

En vertu de l'article 13 du projet, les caisses d'allocations familiales auront désormais la responsabilité de la gestion de l'aide sociale spécifique.

Or, les conseils d'administration des caisses d'allocations familiales des DOM ne prévoient pas, eux, la représentation d'élus des collectivités locales, conformément à l'article L. 752-9 du code de la sécurité sociale. Ces derniers ne seront donc plus aussi directement associés à la gestion de l'aide sociale spécifique, ce qui constitue une rupture avec la pratique en vigueur depuis 1963.

Certes, cette gestion a fait l'objet de critiques que l'on retrouve notamment dans les rapports Ripert et Riviérez, à savoir :

- un contrôle parfois un peu difficile de l'utilisation des subventions aux communes au titre du FASSO ;

- une contribution insuffisante demandée aux familles (environ 7 % des frais réels), d'ailleurs soumise à aucune condition de ressources.

Mais, en réalité, il faut admettre que :

- d'une part, les familles ont, en général, une faible capacité contributive ;

- d'autre part, les repas financés par le FASSO ont eu des effets bénéfiques immenses sur l'hygiène alimentaire et la santé des enfants.

Nul ne conteste ces effets et ceci quels que soient les départements et les communes d'outre-mer.

Certes, les caisses d'allocations familiales peuvent légitimement souhaiter gérer cette aide puisque :

- elle est financée sur une fraction des ressources de la branche famille ;

- elles sont mieux à même d'exercer un contrôle sur l'utilisation des fonds versés aux communes, d'autant que ces dernières n'en n'ont pas toujours matériellement les moyens ;

- compte tenu de leur connaissance de la situation financière des familles, elles pourront aider à déterminer la participation de celles-ci en fonction de leurs revenus.

Au total, le fait que la gestion de l'aide sociale spécifique soit confiée désormais aux caisses d'allocations familiales n'apparaît pas, en soi, contestable, s'agissant d'une prestation sociale. L'évolution du financement du FASSO appelle, en revanche, plus de réserves.

3°) En ce qui concerne le **financement**, en première analyse, il ne s'agit que d'une réécriture des dispositions en vigueur sur les ressources affectées à l'action sociale spécifique puisque le financement continuera à être assuré par l'affectation d'une fraction

des ressources des caisses, dont le montant sera fixé annuellement pour chaque caisse par arrêté interministériel. Actuellement, le FASSO est alimenté par le fonds national d'action sociale de la caisse nationale d'assurances familiales et son montant est fixé annuellement par un arrêté.

Toutefois, le Gouvernement a annoncé à plusieurs reprises, et l'a confirmé devant l'Assemblée nationale, que les crédits affectés à cette action vont progressivement décroître pour tenir compte de l'alignement des allocations familiales.

Au 1er janvier 1993, sera mise en place une prestation d'action sociale obligatoire des caisses d'allocations familiales au profit de la restauration scolaire. Celle-ci sera versée aux communes dans le cadre des conventions susmentionnées qui seront passées avec les caisses.

Mais alors que le montant actuel du FASSO est de 412 millions, il est prévu qu'au terme de l'alignement des prestations, la dotation fixée par l'Etat avoisinera seulement 275 millions.

D'où une modification de la part des frais de cantine financée par les parents puisque le Gouvernement, conformément aux conclusions du rapport Ripert, envisage l'évolution suivante :

Participation aux frais de cantines	1990	1995
Etat	53 %	35 %
Communes	40 %	40 %
Parents	7 %	25 %

On peut se demander sérieusement si une multiplication par 3,5 de la charge des familles est une hypothèse vraiment réaliste. Certes, le versement d'allocations familiales plus conséquentes devrait leur permettre de faire face à ces charges. Mais on ne peut pas écarter l'hypothèse d'une diminution de la fréquentation des cantines qui provoquerait :

- le licenciement du personnel en surnombre,
- une réduction de débouchés pour le secteur agro-alimentaire,
- un risque pour la santé de certains enfants pour qui la cantine garantit aujourd'hui le seul repas chaud de la journée voire le seul repas tout court.

Ceci n'est évidemment pas souhaitable. Il convient donc de prévoir une transition et, en tout état de cause, un étalement beaucoup plus important de l'augmentation de la participation des familles, ainsi que des mesures d'accompagnement pour préparer l'éducation et la responsabilisation des familles.

Malheureusement, le Parlement ne peut qu'attirer l'attention du Gouvernement sur les risques d'une réduction massive et rapide de cette dotation qu'il est seul à pouvoir maîtriser puisque le montant de celle-ci est fixé annuellement par arrêté interministériel.

4°) Quant à la **contribution des régimes autres** que le régime général au financement de l'action sociale spécifique, en fonction des dépenses engagées pour leurs bénéficiaires et dans des conditions fixées par arrêté ministériel, elle apparaît comme une mesure équitable.

Ceci permettra de faire participer à la prise en charge des cantines les régimes qui versent également des prestations sociales à leurs ressortissants en particulier le régime des fonctionnaires de l'Etat et des collectivités locales.

A l'heure, actuelle, on peut considérer en effet que les ressortissants des régimes autres que le régime général bénéficient gratuitement de cette action sociale spécifique puisque seul ce dernier en assume la charge.

Votre commission ne manquera pas, ainsi qu'elle en a délibéré, d'émettre un avis favorable à l'adoption d'éventuels amendements émanant d'un ou plusieurs sénateurs représentant les DOM, tendant à apporter une réponse adéquate à ses interrogations.

Art. 14

Dispositions propres au régime des prestations familiales des exploitants agricoles

Cet article est relatif aux prestations familiales des exploitants agricoles dans les départements d'outre-mer. Il tire les conséquences des articles 12 et 13 du présent projet pour ces derniers.

Le paragraphe I modifie l'article L. 1142-17 du code rural en précisant que les cotisations d'allocations familiales versées par les exploitants sont majorées, non seulement pour couvrir les frais de gestion, mais également "pour le financement de l'action sociale prévue aux articles L. 752-7 et L. 752-8 du code de la sécurité sociale".

Ces articles examinés sous les articles 12 et 13 du présent projet sont relatifs respectivement à l'action sociale générale et à l'action sociale spécifique.

Autrement dit, il étend le champ d'application de ces actions aux exploitants agricoles dans les DOM.

Or, à l'heure actuelle, les ressortissants du régime des prestations familiales des exploitants agricoles ne bénéficient pas de l'action sociale générale. En revanche, ils bénéficient de l'action sociale spécifique (restauration scolaire), comme l'ensemble des ressortissants des DOM, sans compensation de la part de leur régime de protection sociale.

Cet article met donc fin à ces disparités. Cela se traduira par une augmentation des cotisations d'allocations familiales qui peut

être non négligeable puisque, par exemple, la majoration des cotisations au titre de l'action sociale dans le régime général s'élève à 18 %.

Les deux paragraphes suivants apportent quelques précisions techniques.

Le paragraphe II écarte l'inscription des dépenses et des recettes concernant l'action sociale dans le budget annexe des prestations sociales agricoles visé à l'article 1142-20 du code rural.

Le paragraphe III précise que les conditions dans lesquelles est assuré le financement des dépenses d'action sociale, seront fixées par le décret visé à l'article 1142-21 du code rural qui fixe les modalités applicables à la couverture des frais de gestion.

Enfin, le paragraphe IV a été introduit par l'Assemblée nationale. Il supprime une disposition relative à la saisissabilité et à la cessibilité des prestations familiales servies dans les DOM figurant à l'article 1142-12 du code rural. Celle-ci fait en effet double emploi avec l'article L. 1142-12 du même code qui prévoit que les règles en vigueur en métropole en matière de prestations familiales des exploitants agricoles sont directement applicables aux DOM.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

CHAPITRE IV

Dispositions diverses et transitoires

Art. 15

Dates d'entrée en vigueur

Cet article comporte trois séries de dispositions relatives au calendrier d'application des mesures examinées ci-dessus.

1°) Dès le 1er juillet 1991, les articles 8 à 12 qui sont relatifs aux prestations familiales, à la prime à la protection de la maternité et à l'action sociale générale entreront en vigueur.

Est également visée l'action sociale générale étendue par l'article 14 aux exploitants sociaux dans les DOM (paragraphe I).

A partir du 1er juillet 1991 donc, les allocations familiales ne seront plus versées qu'à partir du second enfant.

L'allocation au premier enfant sera maintenue pour les enfants nés avant le 1er août, ce qui préserve les droits acquis. Toutefois leur montant ainsi que les majorations pour âge sera gelé au niveau atteint au 1er juillet 1991. Cette prestation s'élève aujourd'hui à 112 F, les majorations pour âge étant de 70 F de 10 à 15 ans et de 108 F pour les plus de 15 ans.

Par ailleurs, l'Assemblée nationale a introduit, à juste titre, une clause de sauvegarde pour maintenir également le bénéfice spécifique aux DOM de la majoration pour âge au titre de l'aîné des familles de deux enfants, par dérogation à l'article 9 du projet de loi. La somme des allocations familiales et des majorations pour âge perçues par les familles de deux enfants dont les droits seront encore ouverts au 1er août 1991 sera maintenue au montant en vigueur au 1er juillet 1991, tant que cette somme restera supérieure aux droits qui découleront de l'alignement.

2°) A compter du 1er janvier 1993, entreront en application les dispositions relatives à l'action sociale spécifique visées aux articles 13 et 14.

Cela signifie, d'une part, qu'à partir de cette date le FASSO disparaîtra et, d'autre part, que les exploitants agricoles ne seront amenés à cotiser pour l'action sociale spécifique qu'à partir du 1er janvier 1993.

Votre commission rappelle à cet égard les craintes que suscite la suppression du FASSO sur l'alimentation et la santé des jeunes scolarisés dans les DOM.

3°) Le 1er janvier 1993, l'article L. 755-2-1 du code de la sécurité sociale sera applicable.

Cet article est issu de la loi de programme n° 86-1383 du 31 décembre 1986 relative au développement des départements d'outre-mer, de Saint-Pierre et Miquelon et de Mayotte. Il étend aux employeurs et travailleurs indépendants des DOM les prestations familiales servies dans ces départements et les cotisations correspondantes mentionnées dans le code de la sécurité sociale.

Initialement, l'article 14 de la loi de programme fixait au 1er janvier 1992 la date limite d'entrée en vigueur de ces nouvelles règles. Mais il semble que cette date ne pourra être respectée compte tenu de l'état des négociations avec les catégories intéressées sur les conditions de l'extension. Cette mesure implique en effet des cotisations supplémentaires à la charge des employeurs et travailleurs indépendants, dont on peut craindre qu'elles ne seront pas recouvrées de façon satisfaisante si elles sont trop élevées. Aussi, est-il proposé de repousser d'un an cette échéance afin de prolonger la réflexion.

Votre commission confirme ses réserves sur le calendrier retenu pour l'application des dispositions du présent projet et qu'elle a eu l'occasion de développer à l'occasion de l'examen des articles 9 et 13.

Elle ne manquera pas, ainsi qu'elle en a délibéré, d'émettre un avis favorable à l'adoption d'éventuels amendements émanant d'un ou plusieurs sénateurs représentant les DOM, tendant à apporter une réponse adéquate à ses interrogations.

Art. 16

Date-limite pour l'alignement du montant des prestations familiales servies dans les DOM sur celui de la métropole

Cet article précise la date butoir pour la réalisation de l'alignement complet du montant des prestations familiales dans les DOM. Celle-ci est fixée au 1er janvier 1995.

Il appelle plusieurs remarques.

D'un point de vue financier, cet alignement représentera un coût cumulé d'environ 1 milliard de francs. Le Gouvernement a indiqué à l'Assemblée nationale qu'il se fera par étapes semestrielles au 1er janvier et au 1er juillet de chaque année. La première étape interviendra par décret dès le 1er juillet 1991. Elle devrait réduire d'un quart la différence entre le niveau métropolitain et celui des départements d'outre-mer, soit 250 millions de francs de crédits supplémentaires en faveur des DOM. Il est à noter cependant que 40 % des familles de ces départements ne bénéficieront pas de ces nouveaux transferts puisqu'elles n'ont qu'un enfant à charge.

Par ailleurs, on peut regretter le caractère tardif de cet alignement. L'échéancier retenu s'écarte de celui prévu par la loi de programme qui fixait la date butoir à la fin de l'année 1991. Quant à l'extension à l'ensemble des prestations sociales, que le rapport Ripert a proposée pour 1993, aucune date ne semble plus avancée par le

Gouvernement. Cette incertitude a des conséquences considérables, notamment sur la situation et le nombre des allocataires du RMI. A La Réunion, par exemple, lors d'une réunion de travail avec le conseil général, à laquelle une délégation de votre commission a assistée, la diminution des allocataires en cas d'alignement de l'ensemble des prestations familiales a été estimée à environ 20 à 25 000. Le simple alignement des allocations familiales devrait permettre déjà une réduction de 10 à 12 000 allocataires, soit 20 % du nombre de RMIstes et la réduction du volume des crédits affectés au RMI pourrait représenter 220 millions de francs.

En tout état de cause, il conviendrait que le calendrier annoncé dans le présent projet de loi soit donc strictement respecté.

Votre commission vous propose d'adopter cet article sans modification.

TABLEAU COMPARATIF

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Livre premier Généralités Dispositions communes à tout ou partie des régimes de base</p> <p>Titre VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins Contrôle médical</p> <p>Tutelle aux prestations sociales</p> <p>Chapitre 2 Dispositions générales relatives aux soins</p> <p>Section 3 Directeurs de laboratoires (Art. L. 162-13 à L. 162-15)</p>	<p>Titre Premier Mesures relatives à la régulation des dépenses de santé</p> <p>Chapitre premier Dispositions relatives aux laboratoires privés d'analyses médicales</p> <p>Article premier.</p> <p>Sont insérés dans le code de la sécurité sociale les articles L. 162-13-1 et L. 162-13-2 ainsi rédigés :</p> <p>« Art. L. 162-13-1.- Pour les frais d'analyses et d'examens de laboratoires :</p> <p>« 1° l'assuré est dispensé de l'avance de ses frais pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie ;</p> <p>« 2° la participation de l'assuré versée au laboratoire est calculée sur la base des tarifs mentionnés à l'article L. 162-14-1.</p> <p>« Art. L. 162-13-2.- Les directeurs de laboratoires sont tenus d'effectuer les analyses et examens de laboratoires en observant la plus stricte économie compatible avec l'exacte exécution des prescriptions.»</p>	<p>Titre Premier Mesures relatives à la régulation des dépenses de santé</p> <p>Division et intitulé sans modification</p> <p>Article premier.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Titre Premier Mesures relatives à la régulation des dépenses de santé</p> <p>Motion tendant à opposer l'exception d'irrecevabilité au titre premier - articles premier à 7-</p>
<p>(Art. L. 162-14-1 : voir ci-après art. 3 du projet de loi)</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 162-14 (trois premiers alinéas).- Les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales sont définis par une convention nationale conclue entre la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives de la profession.</p>	<p>Art. 2.</p> <p>L' article L.162-14 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé:</p> <p>«Art. L. 162-14.- Les rapports entre les caisses primaires d'assurance maladie et les directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales sont définis par une convention nationale conclue pour une durée au plus égale à cinq ans entre le comité professionnel national de la biologie mentionné à l'article L. 162-14-1 et la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés.</p>	<p>Art. 2.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>«Art. L. 162-14.- Alinéa sans modification</p>	
<p>Cette convention détermine :</p>	<p>«Cette convention détermine notamment :</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
<p>1° les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des directeurs de laboratoires privés d'analyse médicales ;</p>	<p>«1° les obligations respectives des caisses primaires d'assurance maladie et des directeurs de laboratoires privés d'analyses médicales ;</p>	<p>«1° Alinéa sans modification</p>	
<p>2° les modalités du contrôle de l'exécution par les laboratoires des obligations qui découlent pour eux de l'application de la convention ;</p>	<p>«2° les modalités du contrôle de l'exécution par les laboratoires des obligations qui découlent pour eux de l'application de la convention ;</p>	<p>«2° Alinéa sans modification</p>	
<p>3° les conditions dans lesquelles est organisée la formation continue des directeurs de laboratoires ;</p>	<p>«3° les conditions dans lesquelles est organisée la formation continue des directeurs de laboratoires ;</p>	<p>«3° Alinéa sans modification</p>	
<p>4° le financement des instances et des actions nécessaires à la mise en oeuvre de l'accord mentionné à l'article L. 162-14-1, de la convention et de l'annexe mentionnée à l'article L.162-14-2.</p>	<p>«4° le financement des instances et des actions nécessaires à la mise en oeuvre de l'accord mentionné à l'article L. 162-14-1, de la convention et de l'annexe mentionnée à l'article L.162-14-2.</p>	<p>«4° Alinéa sans modification</p>	
<p>«La convention peut, en outre, autoriser les dépassements des tarifs mentionnés à l'article L. 162-14-1 pour exigences particulières des patients sans motif médical.»</p>	<p>«La convention peut, en outre, autoriser les dépassements des tarifs mentionnés à l'article L. 162-14-1 pour exigences particulières des patients sans motif médical.»</p>	<p>«La convention définit les exigences particulières sans motif médical des patients donnant lieu à dépassement des tarifs.»</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 162-14 (alinéas 4 et 5).- 2° les tarifs des honoraires applicables aux analyses et les tarifs des frais accessoires dus à ces laboratoires.</p>	<p>Art. 3.</p> <p>Sont insérés dans le code de la sécurité sociale les articles L.162-14-1 à L.162-14-4 ainsi rédigés:</p> <p>«Art. L. 162-14-1.- Chaque année est conclu entre le ministre chargé de la sécurité sociale, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, ainsi qu'une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives des directeurs de laboratoires d'analyses de biologie médicale, un accord fixant, compte tenu de l'évolution des techniques médicales, des besoins de la population et de la nécessaire maîtrise des dépenses de santé :</p> <p>-1° le montant total des frais d'analyses et examens de laboratoires pris en charge par les régimes d'assurance maladie;</p> <p>-2° les tarifs applicables aux analyses, examens et frais accessoires, servant de base au calcul de la participation de l'assuré. .</p>	<p>Art. 3.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>«Art. L. 162-14-1.- Alinéa sans modification</p> <p>«1° le montant...</p> <p>...d'assurance maladie. Ce montant peut être révisé pour des raisons médicales à caractère exceptionnel;</p> <p>«2° Alinéa sans modification</p>	<p>«La ou les organisations...</p>
<p>Elle peut également prévoir que les directeurs de laboratoires s'engagent à faire bénéficier la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés d'une remise assise sur le montant des analyses et frais accessoires qu'ils facturent.</p>	<p>«Les organisations syndicales signataires de cet accord annuel constituent le comité professionnel national de la biologie habilité à conclure la convention mentionnée à l'article L. 162-14. »</p>	<p>... L. 162-14. »</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>—</p> <p>Art. L. 162-14 (cinq derniers alinéas).- Elle n'entre en vigueur qu'après approbation par arrêté interministériel; il en est de même de ses annexes et avenants.</p> <p>Dès son approbation, la convention est applicable à l'ensemble des laboratoires privés d'analyses médicales; toutefois, ses dispositions ne sont pas applicables:</p> <p>1° aux laboratoires dont, dans des conditions déterminées par la convention, les directeurs ont fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils n'acceptent pas d'être régis par ses dispositions;</p>	<p>«Art. L. 162-14-2.- Une annexe à la convention, mise à jour annuellement, détermine avant le 15 décembre pour l'année suivante:</p> <p>«1° la répartition par zone géographique du montant total des frais d'analyses et examens de laboratoires, fixé par l'accord mentionné à l'article L. 162-14-1;</p> <p>«2° les modalités de la détermination des sommes dues aux laboratoires compte tenu, d'une part, du nombre d'actes pris en charge par l'assurance maladie qu'ils ont effectués et, d'autre part, des modalités de cette prise en charge;</p> <p>«3° les modalités de versement de ces sommes.</p> <p>«Art. L. 162-14-3.- La convention, ses annexes et avenants n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté interministériel.</p> <p>«Dès son approbation, la convention est applicable à l'ensemble des laboratoires privés d'analyses médicales; toutefois, ses dispositions ne sont pas applicables:</p> <p>«1° aux laboratoires dont, dans des conditions déterminées par la convention, les directeurs ont fait connaître à la caisse primaire d'assurance maladie qu'ils n'acceptent pas d'être régis par elle;</p>	<p>«Art. L. 162-14-2.- Alinéa sans modification</p> <p>«1° Alinéa sans modification</p> <p>«2° Alinéa sans modification</p> <p>«3° Alinéa sans modification</p> <p>«Cette annexe peut préciser les conditions dans lesquelles il est tenu compte pour cette détermination du taux de croissance de l'activité et des caractéristiques des laboratoires.»</p> <p>«Art. L. 162-14-3.- Non modifié.</p>	<p>—</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>2° aux laboratoires dont la caisse primaire d'assurance maladie a constaté qu'ils se sont placés hors de la convention par violation des engagements qu'elle prévoit; cette décision doit être prononcée dans les conditions prévues par la convention.</p>	<p>«2° aux laboratoires dont la caisse primaire d'assurance maladie a constaté qu'ils se sont placés hors de la convention par violation des engagements qu'elle prévoit; cette décision est prononcée dans les conditions prévues par la convention.»</p>	<p>«Art. L. 162-14-4.- Non modifié</p>	
<p>A défaut de convention nationale, les tarifs des analyses et frais accessoires dus aux laboratoires privés d'analyses médicales sont fixés par arrêté interministériel, après consultation de la profession.</p>	<p>«Art. L. 162-14-4.-1 - A défaut de conclusion avant le 1^{er} décembre de l'accord mentionné à l'article L. 162-14-1, un arrêté interministériel fixe pour l'année suivante, compte tenu de l'évolution des techniques médicales, des besoins de la population et de la nécessaire maîtrise des dépenses de santé:</p>		
	<p>«1° le montant total des frais d'analyses et examens de laboratoires pris en charge par les régimes d'assurance maladie;</p>		
	<p>«2° les tarifs applicables aux analyses, examens et frais accessoires servant de base au calcul de la participation de l'assuré.</p>		
	<p>«Cet arrêté fixe, en outre, les dispositions prévues aux 1°, 2°, 3° du II.</p>		
	<p>«II - A défaut de convention nationale approuvée ou d'approbation avant le 31 décembre de l'annexe mentionnée à l'article L. 162-14-2 mise à jour pour l'année suivante, un arrêté interministériel fixe pour ladite année:</p>		
	<p>«1° la répartition par zone géographique du montant total des frais d'analyses et examens de laboratoires fixé par l'accord mentionné à l'article L. 162-14-1;</p>		
	<p>«2° les modalités de la détermination des sommes dues aux laboratoires compte tenu, d'une part, du nombre d'actes pris en charge par l'assurance maladie qu'ils ont effectués et, d'autre part, des modalités de cette prise en charge;</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
—	«3° les modalités de versement de ces sommes.»	—	—
Section 5	<p>Chapitre 2</p> <p>Dispositions relatives aux établissements de soins privés régis par l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale.</p>	Division et intitulé sans modification	
Etablissements de soins (Art. L. 162-20 à L. 162-30)	<p>Art. 4.</p> <p>Est inséré dans le code de la sécurité sociale un article L. 162-21-1 ainsi rédigé :</p>	<p>Art. 4.</p> <p>Sans modification</p>	
<i>(Art. L. 162-22.- : voir. art. 6 du présent projet de loi)</i>	<p>«Art. L. 162-21-1. L'assuré est dispensé, pour la part garantie par les régimes obligatoires d'assurance maladie, dans les cas et conditions fixés par voie réglementaire, de l'avance des frais d'hospitalisation dans les établissements de soins privés ayant passé convention en application de l'article L. 162-22.»</p>		
	<p>Art. 5.</p> <p>Sont insérés dans le code de la sécurité sociale les articles L. 162-22-1 à L. 162-22-6 ainsi rédigés :</p>	<p>Art. 5.</p> <p>Alinéa sans modification</p>	
	<p>«Art. L. 162-22-1.- Les conventions mentionnées à l'article L. 162-22 sont conformes à une convention-type annexée à la convention nationale de l'hospitalisation privée conclue entre la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et le comité professionnel national de l'hospitalisation privée mentionné à l'article L. 162-22-2.</p>	<p>«Art. L. 162-22-1.- Les conventions... ...conclue, pour une durée qui ne peut être inférieure à cinq ans, entre la caisse... ...à l'article L. 162-22-2.</p>	
	<p>«La convention nationale détermine:</p> <p>«1° les obligations respectives des organismes d'assurance maladie et des établissements de soins privés régis par l'article L. 162-22;</p>	<p>Alinéa sans modification</p> <p>«1° Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>Loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière</p>	<p>«2° la nomenclature des pathologies ou des groupes de pathologies pour les hospitalisations comportant un hébergement;</p> <p>«3° les modalités du contrôle de l'exécution par les établissements de soins privés des obligations qui découlent pour eux de l'application de la convention.</p> <p>«La convention peut, en outre, autoriser les dépassements des tarifs pour exigences particulières des patients sans motif médical.</p> <p>«Art. L. 162-22-2.- Chaque année est conclu entre le ministre chargé de la sécurité sociale, la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés et au moins une autre caisse nationale d'assurance maladie, ainsi qu'une ou plusieurs des organisations syndicales nationales les plus représentatives des établissements de soins privés régis par l'article L. 162-22, un accord fixant en relation avec le taux d'évolution des dépenses hospitalières mentionné à l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et compte tenu de l'évolution des techniques médicales, des besoins de la population et de la nécessaire maîtrise des dépenses de santé :</p>	<p>«2° la classification des prestations d'hospitalisation comportant un hébergement, tenant compte des traitements par pathologie ou par groupe de pathologies;</p> <p>«3° Alinéa sans modification</p> <p>«La convention définit les exigences particulières sans motif médical des patients donnant lieu à dépassement des tarifs.»</p> <p>«Art. L. 162-22-2.- Alinéa sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>Projet de loi portant réforme hospitalière considéré comme adopté par l'Assemblée Nationale en première lecture aux termes de l'article 49, alinéa 3 de la Constitution</p>	<p>«1° le montant total annuel des frais d'hospitalisation comportant un hébergement dans les établissements de soins ayant passé convention en application de l'article L. 162-22, pris en charge par les régimes d'assurance maladie;</p>	<p>«1° le montant total ...</p> <p>...maladie. Ce montant peut être révisé s'il se produit une modification importante et imprévisible des conditions économiques ou de l'activité médicale;</p>	
<p>Art. L. 714-7.- (troisième alinea).- Dans ce délai, s'il estime ces prévisions injustifiées ou excessives compte tenu des orientations du schéma d'organisation sanitaire, de l'activité de l'établissement et enfin d'un taux d'évolution des dépenses hospitalières qui est fixe, avant le 30 septembre, a partir des hypothèses économiques générales et par référence à la politique sanitaire et sociale de l'Etat par les ministres chargés respectivement de l'économie, du budget, de la santé et de la sécurité sociale, le représentant de l'Etat peut modifier le montant global des dépenses prévues et leur répartition entre les groupes fonctionnels.</p>	<p>«2° les tarifs d'hospitalisation afférents aux pathologies ou groupes de pathologies inscrits à la nomenclature mentionnée au 2° de l'article L. 162-22-1 et servant de base au calcul de la participation de l'assuré;</p>	<p>«2° les tarifs des prestations mentionnées au 2° de ...</p> <p>...de l'assuré;</p>	
	<p>«3° la nomenclature des soins ne comportant pas d'hébergement dispensés dans ces établissements et pris en charge par les régimes ainsi que les tarifs afférents à ces soins.</p>	<p>«3° la classification des prestations ne comportant...</p> <p>...et prises en charge... ...afférents à ces prestations.</p>	
	<p>«Les organisations syndicales signataires de cet accord constituent le comité professionnel national de l'hospitalisation privée habilité à conclure la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-22-1.»</p>	<p>«La ou organisations...</p> <p>...L. 162-22-1.»</p>	
	<p>«Art. L. 162-22-3.- Une annexe à la convention mise à jour annuellement détermine avant le 15 décembre pour l'année suivante:</p>	<p>«Art. L. 162-22-3.- Alinéa sans modification</p>	
	<p>«1° la répartition par zone géographique du montant total des frais d'hospitalisation avec hébergement fixé par l'accord mentionné à l'article L. 162-22-2;</p>	<p>«1° Alinéa sans modification</p>	
	<p>«2° les modalités de la détermination des sommes dues aux établissements de soins privés compte tenu, d'une part, du nombre et de la nature des pathologies prises en charge par l'assurance maladie et, d'autre part, des modalités de cette prise en charge;</p>	<p>«2° les modalités ...</p> <p>...de la nature des prestations prises en... ...prise en charge;</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<i>(Art. L. 162-22 du code de la sécurité sociale : voir art. 6 du projet de loi)</i>	<p>«3° les modalités de versement de ces sommes.»</p> <p>«Art. L. 162-22-4.- La convention nationale, ses annexes et avenants n'entrent en vigueur qu'après approbation par arrêté interministériel.</p> <p>«Cette convention nationale est applicable aux établissements de soins privés ayant passé la convention prévue par l'article L. 162-22.</p> <p>«Un arrêté interministériel fixe les tarifs de responsabilité applicables aux établissements n'ayant pas conclu de convention sur le fondement de l'article L. 162-22.»</p> <p>«Art. L. 162-22-5.- I - A défaut de conclusion avant le 1^{er} décembre de l'accord mentionné à l'article L. 162-22-2 un arrêté interministériel fixe pour l'année suivante, en relation avec le taux d'évolution des dépenses hospitalières mentionné à l'article 22 de la loi n° 70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière et compte tenu de l'évolution des techniques médicales, des besoins de la population et de la nécessaire maîtrise des dépenses de santé:</p> <p>«1° le montant total des frais d'hospitalisation comportant un hébergement dans les établissements de soins ayant passé convention en application de l'article L. 162-22, pris en charge par les régimes d'assurance maladie;</p> <p>«2° les tarifs d'hospitalisation afférents aux pathologies ou groupes de pathologies inscrits à la nomenclature mentionnée au 2° de l'article L. 162-22-1 et servant de base au calcul de la participation de l'assuré;</p>	<p>«3° Alinéa sans modification</p> <p>«Art. L. 162-22-4.- Non modifié.</p> <p>«Art. L. 162-22-5.- I - Alinéa sans modification</p>	<p>«1° le montant total annuel des frais...</p> <p>...maladie;</p> <p>«2° les tarifs des prestations mentionnées au 2° ...</p> <p>...l'assuré;</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<i>(Art. L. 162-22 du code de la sécurité sociale : voir art. 6 du projet de loi)</i>	<p>«3° la nomenclature des soins ne comportant pas d'hébergement, dispensés dans les établissements et pris en charge par les régimes ainsi que les tarifs afférents à ces soins.</p> <p>«Cet arrêté fixe, en outre, les dispositions prévues aux 1°, 2°, 3° du II.</p> <p>«II - A défaut d'approbation avant le 31 décembre de l'annexe mentionnée à l'article L. 162-22-3 mise à jour pour l'année suivante, un arrêté interministériel fixe, pour ladite année :</p> <p>«1° la répartition par zone géographique du montant total des frais afférents à l'hospitalisation comportant un hébergement dans les établissements de soins ayant passé convention en application de l'article L. 162-22, pris en charge par les régimes d'assurance maladie ;</p> <p>«2° les modalités de détermination des sommes dues à ces établissements de soins compte tenu, d'une part, du nombre et de la nature des pathologies prises en charge par l'assurance maladie et, d'autre part, des modalités de cette prise en charge;</p> <p>«3° les modalités de versement de ces sommes.</p> <p>«III - A défaut de convention nationale approuvée, un arrêté interministériel fixe:</p> <p>«1° la convention-type mentionnée au premier alinéa de l'article L. 162-22-1;</p> <p>«2° la nomenclature des pathologies ou groupes de pathologies pour les hospitalisations comportant un hébergement;</p>	<p>«3° la classification des prestations ne comportant pas d'hébergement dispensées dans ces établissements et prises en charge par les régimes ainsi que les tarifs afférents à ces prestations.</p> <p>Alinéa sans modification</p> <p>«II - Alinéa sans modification</p> <p>«1° Alinéa sans modification</p> <p>«2° les modalités...</p> <p>...nature des prestations prises en...</p> <p>...prise en charge;</p> <p>«3° Alinéa sans modification</p> <p>«III - Alinéa sans modification</p> <p>«1° Alinéa sans modification</p> <p>«2° la classification des prestations d'hospitalisation comportant un hébergement, tenant compte des traitements par pathologie ou par groupe des pathologies;</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la sécurité sociale</p> <p>Livre premier Titre VI Dispositions relatives aux prestations et aux soins Contrôle médical Tutelle aux prestations sociales</p>	<p><3° les conditions éventuelles de dépassement des tarifs pour exigences particulières des patients, sans motif médical.></p>	<p><3° Alinéa sans modification</p>	<p>—</p>
<p>Section 1 du chapitre 2 Médecins</p>	<p><Art. L. 162-22-6.- Les dispositions de l'article L. 162-7 sont applicables aux conventions, annexes, avenants et accords mentionnés aux articles L. 162-22-1, L. 162-22-2 et L. 162-22-3.></p>	<p><Art. L. 162-22-6.- Non modifié.</p>	
<p>Art. L. 162-7.- La caisse nationale d'assurance maladie et maternité des travailleurs non salariés des professions non agricoles et la caisse centrale de secours mutuels agricoles peuvent conclure, conjointement avec la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés, la ou les conventions nationales prévues à l'article L. 162-5.</p>			
<p>La ou les conventions nationales ne sont valablement conclues que lorsque deux caisses nationales au moins dont la caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés en sont signataires.</p>			
<p>Section 3 Directeurs de laboratoires</p>	<p>Chapitre 3 Dispositions diverses et transitoires</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p>	
<p>Art. L. 162-15.- Le dispositions de l'article L. 162-7 sont applicables aux conventions nationales prévues à l'article L. 162-14.</p>	<p>Art. 6.</p>	<p>Art. 6.</p>	
	<p>I - A l'article L. 162-15 du code de la sécurité sociale, les mots: <conventions nationales prévues à l'article L. 162-14> sont remplacés par les mots: <conventions, annexes, avenants et accords prévus aux articles L. 162-14, L. 162-14-1 et L. 162-14-2.></p>	<p>Sans modification</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>Section 5 Etablissements de soins</p>	<p>II - A l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale :</p>		
<p>Art. L. 162-22.- Sous réserve des dispositions des articles L. 162-23, L. 162-23-1, L. 162-24, L. 162-24 1 et L. 162-25 ci-après, des conventions à durée déterminée, pour chaque discipline, sont passées entre les caisses régionales d'assurance maladie et les établissements privés de soins de toute nature, à l'exception des établissements d'hospitalisation privés à but non lucratif qui participent à l'exécution du service public hospitalier. Ces conventions fixent les tarifs d'hospitalisation auxquels sont soignés les assurés sociaux dans ces établissements ainsi que les tarifs de responsabilité des caisses. Ces tarifs d'hospitalisation comprennent les frais d'analyses et d'examens de biologie médicale.</p>	<p>1° au premier alinéa, après les mots: «sous réserve des dispositions des articles» sont insérés les mots: «L. 162-22-1 à L. 162-22-6»; les deux dernières phrases de cet alinéa sont supprimées;</p>		
<p>La durée des conventions mentionnées à l'alinéa précédent ne peut être inférieure à cinq ans.</p>			
<p>Ces conventions n'entrent en vigueur qu'après leur homologation par l'autorité administrative.</p>			
<p>La demande de renouvellement des conventions est déposée par l'établissement auprès de la caisse régionale d'assurance maladie un an avant leur échéance. En cas d'absence de réponse de la caisse huit mois avant l'échéance, la convention est réputée renouvelée par tacite reconduction. Le refus de renouvellement doit être motivé.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>(<i>cinquième alinéa</i>).- L'homologation des tarifs conventionnels est accordée au vu, d'une part, des caractéristiques propres de chaque établissement, notamment du volume de son activité, d'autre part, de l'évolution des dépenses hospitalières définie à partir des hypothèses économiques générales et par référence à la politique sanitaire et sociale de l'Etat.</p> <p>Les conventions peuvent être suspendues ou dénoncées par les caisses avant leur terme en cas de manquement grave des établissements aux obligations législatives, réglementaires ou conventionnelles.</p> <p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les conditions d'application des alinéas qui précèdent et notamment les modalités de la suspension ou de la dénonciation des conventions par les caisses et les cas et conditions dans lesquels l'autorité administrative peut suspendre les effets de l'homologation. La décision de refus d'homologation doit être motivée.</p> <p>(<i>huitième alinéa</i>).- A défaut de convention ou si les tarifs conventionnels n'ont pas été homologués, les caisses fixent des tarifs de responsabilité applicables auxdits établissements. Ces tarifs sont homologués dans les mêmes conditions que les tarifs conventionnels.</p>	<p>2° le cinquième et le huitième alinéas sont supprimés.</p>	<p>—</p>	<p>—</p>
<p>Art. L. 162-25.- Les dispositions des articles L. 162-22 à L. 162-24 sont applicables aux établissements de rééducation fonctionnelle.</p>	<p>III - A l'article L. 162-25 du code de la sécurité sociale, les mots : «les articles L. 162-22 à L. 162-24» sont remplacés par les mots: «des articles L. 162-22, L. 162-22-1 à L. 162-22-6, L. 162-23 et L. 162-24».</p>	<p>—</p>	<p>—</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p style="text-align: center;">Section 8 Dispositions diverses</p> <p>Art. L. 162-34.- Les litiges pouvant survenir à l'occasion de l'application des dispositions du 2° du cinquième alinéa de l'article L. 162-6, du quatrième alinéa de l'article L. 162-11 et du 2° du cinquième alinéa de l'article L. 162-14 sont de la compétence des tribunaux administratifs.</p>	<p>IV - A l'article L. 162-34 du code de la sécurité sociale, les mots : «du 2° du cinquième alinéa de l'article L. 162-14» sont remplacés par les mots : «au 2° du deuxième alinéa de l'article L. 162-14-3».</p>	<p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p>I - Non modifié</p>	
	<p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p>I - Sous réserve des dispositions du II ci-après, les conventions conclues entre les caisses régionales d'assurance maladie et les établissements de soins privés sur le fondement de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale et applicables à la promulgation de la présente loi cessent d'avoir effet à l'entrée en vigueur de la première annexe mentionnée à l'article L. 162-22-3 de ce code ou à défaut lors de l'intervention de l'arrêté interministériel mentionné au II de l'article L. 162-22-5 du même code.</p> <p>II - A titre transitoire, les tarifs d'hospitalisation afférents aux soins dispensés avec hébergement dans les établissements mentionnés à l'article L. 162-22 sont fixés par les conventions prévues par cet article tant que ces soins ne sont pas inclus dans la nomenclature des pathologies ou groupes de pathologies mentionnée à l'article L. 162-22-1 et au III de l'article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale.</p>	<p style="text-align: center;">Art. 7.</p> <p>II - A titre transitoire, les tarifs des prestations dispensées avec hébergement...</p> <p>...l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale sont fixés...</p> <p>...tant que ces prestations ne sont pas incluses dans la classification mentionnée au 2° de l'article L. 162-22-1 et au 2° du III de l'article L. 162-22-5 du code de la sécurité sociale.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
—	<p>Ces tarifs comprennent les frais d'analyses et d'examens de biologie médicale; leur homologation est accordée au vu, d'une part, des caractéristiques propres de chaque établissement, notamment du volume de son activité, d'autre part, de l'évolution des dépenses hospitalières définie à partir des hypothèses économiques générales et par référence à la politique sociale et sanitaire de l'Etat.</p>	Alinéa sans modification	—
	<p>A défaut des conventions prévues par l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale ou si les tarifs conventionnels n'ont pas été homologués, les caisses fixent des tarifs de responsabilité applicables pour les soins mentionnés au premier alinéa.</p>	A défaut des ...	
	<p>Les dispositions transitoires figurant aux trois alinéas qui précèdent prendront fin au plus tard le 31 décembre 1993.</p>	Alinéa sans modification	
	<p>III - La nomenclature des soins ne comportant pas d'hébergement dispensés dans les établissements relevant de l'article L. 162-22 du code de la sécurité sociale pris en charge par les régimes d'assurance maladie, ainsi que les tarifs afférents à ces soins seront, à titre transitoire, fixés par arrêté interministériel jusqu'à l'entrée en vigueur de l'accord mentionné à l'article L. 162-22-2 de ce code ou à défaut de l'arrêté mentionné au I de l'article L. 162-22-5 du même code.</p>	<p>...premier alinéa. Ces tarifs sont homologués dans les mêmes conditions que les tarifs conventionnels.</p>	
		<p>III - La classification des prestations ne comportant pas d'hébergement dispensées dans les établissements... ...sociale, prises en charge... ...afférents à ces prestations seront,...</p>	
		...du même code.	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
—	—	—	—
Livre VII	Titre II	Titre II	Titre II
Regimes divers - Dispositions diverses	Dispositions sociales applicables dans les départements d'outre-mer	Dispositions sociales applicables dans les départements d'outre-mer	Dispositions sociales applicables dans les départements d'outre-mer
Titre V Départements d'outre-mer	Chapitre premier Dispositions relatives aux prestations familiales.	division et intitulé sans modification	division et intitulé sans modification
Chapitre 5 Prestations familiales et prestations assimilées	Art. 8.	Art. 8.	Art. 8.
Section 1 Généralités	L'article L. 755-3 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :	Sans modification	Sans modification
Art. L. 755-3.- Les dispositions des articles L. 512-1, L. 512-2, L. 512-3, L. 513-1, L. 521-2, L. 553-1, L. 553-2, L. 553-4 et L. 583-3 sont applicables aux départements mentionnés à l'article L. 751-1.	1° au premier alinéa, la référence: «L. 552-1» est insérée après la référence: «L. 521-2» ;		
Livre V Prestations familiales et prestations assimilées			
Titre V Dispositions communes	2° il est ajouté un deuxième alinéa ainsi rédigé :		
Chapitre 2 Service des prestations	«La base de calcul des prestations familiales est la même que celle qui est fixée en application de l'article L. 551-1.»		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 552-1.- Les prestations servies mensuellement par les organismes débiteurs de prestations familiales sont dues, à l'exception de l'allocation de parent isolé, à partir du premier jour du mois civil suivant celui au cours duquel les conditions d'ouverture du droit sont réunies. Elles cessent d'être dues à partir du premier jour du mois civil au cours duquel les conditions d'ouverture du droit cessent d'être réunies, sauf en cas de changement de situation de famille pour l'allocation de parent isolé et sauf en cas de décès de l'allocataire, de son conjoint ou d'un enfant à charge, auxquels cas elles cessent d'être dues au premier jour du mois civil qui suit le changement de situation de famille ou le décès.</p>	<p>Art. 9.</p> <p>A la section 2 du chapitre 5 du titre V du livre VII du code de la sécurité sociale, est rétabli un article L. 755-11 ainsi rédigé :</p> <p>« Art. L. 755-11.- Les conditions d'attribution des allocations familiales et de leurs majorations fixées par les articles L. 521-1 et L. 521-3 sont applicables dans les départements mentionnés à l'article L. 751-1. »</p>	<p>Art. 9.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Art. 9.</p> <p>Sans modification</p>
<p>Les changements de nature à modifier les droits aux prestations mentionnées au premier alinéa prennent effet et cessent de produire leurs effets selon les règles respectivement définies pour l'ouverture et l'extinction des droits, sauf s'ils conduisent à interrompre la continuité des prestations.</p>			
<p>Livre VII Régimes divers Dispositions diverses</p>			
<p>Titre V Départements d'outre-mer</p>			
<p>Section 2 du chapitre V Allocations familiales</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
—	Art. 10.	Art. 10.	Art. 10.
	I - Sont abrogés :	Sans modification	Sans modification
Art. L. 755-12.- Les allocations familiales sont dues pour tout enfant, à la personne qui a effectivement la charge de celui-ci.	1° les articles L. 755-12, L. 755-14, L. 755-27 et L. 755-28 du code de la sécurité sociale;		
Art. L. 755-14.- Les allocations familiales sont incessibles et insaisissables, sauf dans les conditions prévues par l'article L. 553-4.			
Section 12 Dispositions concernant certaines catégories			
Art. L. 755-27.- Les employés de maison bénéficient des prestations familiales mentionnées à l'article L. 755-1.			
Art. L. 755-28.- Bénéficient également des prestations familiales dans les mêmes conditions que les travailleurs salariés ou assimilés dont la famille réside dans les départements d'outre-mer :			
1° les chefs de famille titulaires d'une pension servie par la caisse générale de prévoyance des marins pour accident professionnel, qui auraient bénéficié du maintien des allocations familiales si les dispositions du premier alinéa de l'article L. 755-29 avaient été applicables au moment de l'attribution de leur pension ;			
2° les veuves de marins disparus en mer pour les enfants dont le père, au moment de son décès, remplissait les conditions prévues par les dispositions du premier alinéa de l'article L. 755-29.			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
—	—	—	—
<p>Section 3 Complément familial</p>			
<p>Art. L. 755-16.- Le complément familial est attribué au ménage ou à la personne qui remplit, d'une part, les conditions générales d'ouverture du droit aux prestations familiales en application dans les départements mentionnés à l'art. L. 751-1, d'autre part, une condition relative à l'âge du ou des enfants, lorsque ses ressources n'excèdent pas un plafond variable selon le nombre des enfants à charge.</p>			
<p>Le plafond de ressources est identique à celui retenu pour l'attribution de l'allocation de rentrée scolaire.</p>			
<p>Le montant du complément familial est calculé en pourcentage d'une base mensuelle qui varie comme les allocations familiales mentionnées à l'article L. 755-11.</p>	<p>2° les troisième, quatrième et cinquième alinéas de l'article L. 755-16 du code de la sécurité sociale.</p>		
<p>Les conditions d'octroi et le montant du complément familial sont identiques pour l'ensemble des ménages ou des personnes bénéficiaires.</p>			
<p>Un décret en Conseil d'Etat fixe les modalités d'application du présent article, notamment le montant de la prestation, le plafond de ressources au-delà duquel cette dernière n'est pas due ainsi que la durée minimum de travail exigible des bénéficiaires.</p>			

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>Section 1 Généralités</p>	<p>II - A l'article L. 755-2-1 du code de la sécurité sociale, la référence: «L. 755-12» est remplacée par la référence: «L. 755-11».</p>	—	—
<p>Art. L. 755 2 1.- Les prestations familiales prévues aux articles L. 755-12 à L.755-25 et les cotisations prévues au 2° de l'article L. 241-6 et à l'article L. 242 11 sont étendues aux employeurs et travailleurs indépendants. Le versement des prestations est subordonné au paiement préalable par ces catégories des cotisations correspondantes.</p>			
<p>Code Rural</p>			
<p>Livre VII Dispositions sociales</p>			
<p>Titre II Mutualité sociale agricole</p>			
<p>Chapitre IV-2 Prestations familiales des exploitants agricoles dans les départements d'outre-mer</p>			
<p>Art. 1142-12.- Les exploitants agricoles exerçant leur activité dans les départements d'outre-mer bénéficient des prestations familiales mentionnées au chapitre 5 du titre V du livre VII du code de la sécurité sociale, dans les conditions prévues par le présent chapitre et par les articles L.755-3, L. 755-4, L. 755-12, L. 755-14, L. 755-16 à L. 755-25 du code de la sécurité sociale</p>	<p>III - A l'article 1142-12 du code rural, les références: «L. 755-12, L. 755-14» sont remplacées par la référence: «L. 755-11».</p>		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>Code de la santé publique</p> <p>Livre II</p> <p>Protection sanitaire de la famille et de l'enfance</p> <p>Chapitre VIII du Titre 1er</p> <p>Dispositions relatives aux départements d'outre-mer</p> <p>Art. L. 190.- Dans les départements de la Guadeloupe, de la Guyane, de la Martinique et de la Reunion, les femmes qui n'ont pas le droit a une prestation familiale a la naissance bénéficient d'une prime versée après chacun des examens prénataux et après l'examen postnatal institués en application de l'article L. 154. Un decret détermine les modalités de versement et le montant de cette prime, qui evolue comme le montant des allocations familiales versees aux salaries du régime general dans les départements visés ci-dessus.</p> <p><i>(deuxième alinéa de l'article L. 755-3 : voir article 8 du présent projet de loi)</i></p>	<p>Chapitre 2</p> <p>Dispositions relatives à la protection de la maternité.</p> <p>Art. 11.</p> <p>La dernière phrase de l'article L. 190 du code de la santé publique est ainsi rédigée:</p> <p>«Un décret détermine les modalités de versement et le montant de cette prime qui est fixée en pourcentage de la base mentionnée au deuxième alinéa de l'article L. 755-3 du code de la sécurité sociale.»</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p> <p>Art. 11.</p> <p>Sans modification</p>	<p>Division et intitulé sans modification</p> <p>Art. 11.</p> <p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
Code de la sécurité sociale	Chapitre 3	Division et intitulé sans modification	Division et intitulé sans modification
Livres VII Régimes divers Dispositions diverses	Dispositions relatives à l'action sociale des caisses d'allocations familiales.	Art. 12.	Art. 12.
Titre V Départements d'outre-mer	Art. 12.	Sans modification	Sans modification
Section 3 du chapitre 2 Dispositions relatives aux caisses d'allocations familiales	L'article L. 752-7 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé:		
Art. L. 752-7.- Les caisses d'allocations familiales ont pour rôle d'assurer le service des prestations familiales et d'exercer une action sanitaire et sociale en faveur de leurs ressortissants et de leur famille.	«Art. L. 752-7.- Les caisses d'allocations familiales ont pour rôle d'assurer le service des prestations familiales et d'exercer une action sociale en faveur de leurs ressortissants et de leurs familles dans le cadre d'un programme particulier défini par arrêté interministériel après avis de leurs conseils d'administration et du conseil d'administration de la caisse nationale des allocations familiales.		
Pour l'application de la législation sur les allocations familiales, ces organismes exercent les attributions précédemment dévolues aux caisses générales de sécurité sociale.	«Le financement de cette action sociale est assuré par l'affectation d'un pourcentage, fixé par arrêté interministériel, des ressources de chaque caisse, telles qu'elles sont mentionnées à l'article L. 241-6.»		
	Art. 13.	Art. 13.	Art. 13.
	L'article L. 752-8 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé:	Sans modification	Sans modification
Art. L. 752-8.- Une fraction des fonds d'action sanitaire et sociale des caisses d'allocations familiales mentionnées à l'article L. 752-1 est obligatoirement affectée au financement de certaines réalisations sociales faites dans l'intérêt des familles ou contribuant au développement intellectuel et physique des enfants. Ces réalisations ainsi que la fraction des fonds qui y est affectée sont définies par arrêté interministériel et inscrites au programme d'action sanitaire et sociale.	«Art. L. 752-8.- Les caisses d'allocations familiales doivent, en outre, contribuer à la prise en charge des frais de restauration scolaire.		

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>Dans chaque département, un comité de gestion spécial est chargé, sous la présidence du représentant de l'Etat dans le département, de répartir entre les collectivités administratives, services, oeuvres ou institutions publiques ou privées qu'il désigne, les fonds d'action sociale affectés à chacune de ces réalisations sociales.</p>	<p>«Le financement de cette action sociale spécifique est assuré par l'affectation d'une fraction des ressources des caisses, telles qu'elles sont mentionnées à l'article L. 241-6, dont le montant global est fixé annuellement, pour chaque caisse, par arrêté interministériel.</p>	<p>—</p>	<p>—</p>
<p>La composition ainsi que les modalités et conditions de fonctionnement de ce comité de gestion spécial sont déterminées par arrêté interministériel.</p>	<p>«Les régimes autres que le régime général contribuent au financement de l'action sociale spécifique, en fonction des dépenses engagées pour leurs bénéficiaires, dans des conditions fixées par arrêté interministériel.»</p>		
<p>Code rural</p>			
<p>Livre VII Dispositions sociales</p>			
<p>Titre II Mutualité sociale agricole</p>			
<p>Chapitre IV-2 Prestations familiales des exploitants agricoles dans les départements d'outre- mer</p>	<p>Art. 14.</p>	<p>Art. 14</p>	<p>Art. 14</p>
<p>Art. 1142-17.- Un décret fixe les conditions dans lesquelles les cotisations prévues à l'article 1142-15 sont majorées pour la couverture des frais de gestion.</p>	<p>I - A l'article 1142-17 du code rural, après les mots: «frais de gestion», sont insérés les mots: «et pour le financement de l'action sociale prévue aux articles L. 752-7 et L. 752-8 du code de la sécurité sociale.»</p>	<p>I - Alinéa sans modification</p>	<p>Sans modification</p>

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
<p>Art. L. 752-7 et L. 752-8 : voir ci-dessus art. 13 du projet de loi)</p>			
<p>Art. L. 1142-20.- Le budget annexe des prestations sociales agricoles comporte, en recettes et en dépenses, les opérations résultant du présent chapitre, à l'exclusion des dépenses de gestion et des recettes correspondantes.</p>	<p>II - A l'article 1142-20 du code rural, après les mots: «recettes correspondantes», sont insérés les mots: «ainsi que des dépenses et des recettes concernant l'action sociale prévue aux articles L. 752-7 et L. 752-8 du code de la sécurité sociale.»</p>	<p>II - Alinea sans modification</p>	
<p>Art. 1142-21. Un décret fixe les conditions dans lesquelles est assurée la couverture par chaque caisse des dépenses résultant de l'application du présent chapitre. Il précise notamment les conditions dans lesquelles sont mises à la disposition des caisses par la caisse centrale d'allocations familiales mutuelles agricoles les sommes nécessaires au règlement des prestations prévues à l'article 1142-12, ainsi que les conditions dans lesquelles est assurée la couverture des frais de gestion exposés par les caisses</p>	<p>III - A la deuxième phrase de l'article 1142-21 du code rural:</p>	<p>III - Non modifié</p>	
	<p>1° les mots: «est assurée» sont remplacés par les mots: «sont assurés» ;</p>		
	<p>2° après les mots: «exposés par les caisses», sont insérés les mots: «et le financement de l'action sociale prévue aux articles L. 752-7 et L. 752-8 du code de la sécurité sociale.»</p>		
<p>Art. 1142-22. Les dispositions législatives applicables en matière de sécurité sociale dans les départements d'outre-mer en ce qui concerne le recouvrement des cotisations, la saisissabilité et la cessibilité des prestations sont étendues au régime des allocations familiales des exploitants agricoles</p>		<p>IV - A l'article 1142-22 du code rural, les mots: ", la saisissabilité et la cessibilité des prestations" sont supprimés.</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
—	<p align="center">Chapitre 4 Dispositions diverses et transitoires</p>	<p align="center">Division et intitulé sans modification</p>	<p align="center">Division et intitulé sans modification</p>
	<p align="center">Art. 15.</p>	<p align="center">Art. 15.</p>	<p align="center">Art. 15.</p>
	<p>I - Les dispositions des articles 8 à 12 de la présente loi, ainsi que celles de l'article 14 en ce qu'elles concernent l'action sociale mentionnée à l'article 12, entreront en vigueur à compter du 1^{er} juillet 1991.</p>	<p>I - Alinéa sans modification</p>	<p>Sans modification</p>
	<p>Toutefois, le bénéfice des allocations familiales pour un seul enfant sera maintenu pour les enfants nés avant le 1^{er} août 1991 ; leur montant y compris celui des éventuelles majorations pour âge sera celui qui était en vigueur au 1^{er} juillet 1991</p>	<p>Alinéa sans modification</p>	
		<p>Par dérogation aux dispositions de l'article 9, la somme des allocations familiales et des majorations pour âge perçues par les familles de deux enfants dont les droits sont ouverts à ce titre au 1^{er} août 1991 est maintenue au montant en vigueur au 1^{er} juillet 1991 aussi longtemps que cette somme reste supérieure aux droits dûs en application du même article 9.</p>	
	<p>II - Les dispositions de l'article 13 et, sous réserve des dispositions du I ci-dessus, de l'article 14 entreront en vigueur à compter du 1^{er} janvier 1993</p>	<p>II - Non modifié</p>	
	<p>III - L'article L. 755-2-1 du code de la sécurité sociale entrera en vigueur, dans des conditions fixées par décret en Conseil d'Etat, le 1^{er} janvier 1993.</p>	<p>III - Non modifié</p>	

Dispositions en vigueur	Texte du projet de loi	Texte adopté par l'Assemblée Nationale	Propositions de la Commission
—	Art. 16. Le 1 ^{er} janvier 1995 au plus tard le montant des allocations familiales et de leurs majorations sera le même dans les départements d'outre-mer et en métropole.	Art. 16. Sans modification	Art. 16. Sans modification

A N N E X E

PRESTATIONS FAMILIALES AU 1ER JANVIER 1991 (en plus MILIARDIE)

PRESTATIONS	METROPOLE		DOM
	% de la BMAF (1)	Montant mensuel en F	Montant mensuel en F. (sur la base de 25 allocations journalières)
1- Allocations familiales (AF)			
. 1 enfant.....	-	-	112
. 2 enfants.....	32	610	425
. 3 enfants.....	73	1 391	819
. 4 enfants.....	114	2 172	1 312
. 5 enfants.....	155	2 953	1 513
. par enfant à partir du 6ème....	41	781	98
Majorations pour âge			
. 10 à 15 ans.....	9	171	70
. Plus de 15 ans.....	16	305	108
2- Allocation pour jeune enfant (APJE)	45,95	875	néant
3- Complément familial (CF).....	41,65	794	453
4- Allocation de soutien familial (ASF)			
. total.....	30	572	370
. partiel.....	22,5	429	281
5- Allocation d'éducation spéciale (AES)			
. de base.....	32	610	599
. complément de 1ère catégorie..	72	1 372	1 352
. complément de 2ème catégorie..	24	457	451
6- Allocation de parent isolé (API)			
. parent.....	150	2 858	1 607
. enfant.....	50	953	536
7- Allocation parentale d'éducation			
. plein taux.....	142,57	2 716	néant
. mi-taux.....		1 358	néant
8- Allocation de rentrée scolaire (ARS) rentrée 1991.....	20 (BMAF du 1.01.91)	375	375
9- Allocation de garde d'enfant à domicile (AGED)		2 000	néant
10- Primo de protection à la maternité (PPM).....		néant	1 270

1) Base mensuelle de calcul des allocations familiales (métropole au 1er janvier 1991 : 1 905,20 F