

COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,
FAMILIALES ET SOCIALES

Mercredi 11 octobre 2006

Séance de 17h

Compte rendu n° 3

SESSION 2006 - 2007



**Coprésidence de M. Jean-Michel Dubernard, président,
et de Yves Bur**

	pages
– Suite de l’audition, ouverte à la presse, commune avec la commission des finances, de M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, et de M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.	2
– Examen (discussion générale) du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007 (M. Pierre-Louis Fagniez, M. Jean-Marie Rolland, M. Denis Jacquat et Mme Marie-Françoise Clergeau, rapporteurs).....	8

La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a poursuivi l'audition de **M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités**, et **M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille**, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

Le président Jean-Michel Dubernard, après avoir excusé l'absence du président Pierre Méhaignerie, retenu par la réunion de la commission des finances et suppléé par M. Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances, a remercié les ministres d'avoir accepté de revenir répondre aux questions des députés.

M. Bernard Debré a fait les observations suivantes :

– La rédaction de l'article 32 du projet est satisfaisante. Elle permet d'élargir et d'assouplir les heures de sortie autorisées aux malades atteints d'affections de longue durée (ALD) ;

– La rédaction de l'article relatif aux médecins à diplôme étranger, en revanche, mérite des éclaircissements. En quoi l'examen de vérification des connaissances imposé aux médecins à diplôme étranger se distingue d'un concours, dans la mesure où le nombre d'admis sera contingenté ? Qu'advient-il des candidats qui, bien qu'ayant satisfait aux épreuves, ne seront pas reçus ?

– Le protocole d'accord du 31 mars 2005 permet aux praticiens hospitaliers professeurs d'université (PU-PH), grâce à l'indemnité compensatrice de l'absence de retraite hospitalière (ICAR), de se constituer des droits à pension pour les deux volets de leur activité, ce qui n'était pas le cas jusqu'à présent. Mais le dispositif législatif de l'article 58 du projet de loi de financement de la sécurité sociale permettra-t-il de traiter la situation des personnes ayant déjà atteint l'âge de 55 ans ? Seul le gouvernement peut le garantir, toute initiative des parlementaires en ce sens étant vouée à se heurter à l'article 40 de la Constitution.

– La tarification à l'activité (T2A) s'applique à toutes les spécialités, sauf la psychiatrie, encore régie par le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI). Quand lui sera-t-elle étendue ?

– Enfin, l'enveloppe des missions d'intérêt général et d'aides à la contractualisation (MIGAC) ne pourrait-elle pas être mise à profit pour faciliter la convergence tarifaire entre le secteur privé et le service public, rendue très difficile par les missions spécifiques de ce dernier ?

Mme Jacqueline Fraysse s'est tout d'abord associée à la question de M. Bernard Debré sur les médecins à diplôme étranger, puis a indiqué que le niveau de l'ONDAM fixé pour 2007 est très préoccupant. Les dépenses de médecine de ville sont censées ne progresser que de 0,8 % : si l'augmentation de 2,5 à 3 % des honoraires est certaine, la baisse attendue des prescriptions à due concurrence, en revanche, ne l'est pas. Dans ces conditions, comment tenir dans l'enveloppe proposée ? Les préoccupations exprimées par les médecins de ville sont légitimes. Quant à l'ONDAM hospitalier, la situation est gravissime. On ne pourra s'en sortir avec les chiffres avancés, alors même que le déficit cumulé atteint d'ores et déjà le milliard d'euros.

Il est un point au moins sur lequel chacun s'accorde, y compris le ministre si l'on en croit ses déclarations répétées : le débat central sur la réforme globale du financement des dépenses de santé est indispensable. Le groupe communiste et républicain a fait des propositions, comme l'a reconnu le ministre. La réforme ne peut se limiter à un rationnement

des dépenses : il y a bien un problème de recettes. Il faudra modifier l'assiette des cotisations de façon à garantir des recettes supplémentaires. Quand le débat sur cette question cruciale s'engagera-t-il ? D'ailleurs, sur ce sujet du financement, il serait intéressant que les ministres rappellent le taux de cotisations sociales employeur pour un salarié payé au SMIC.

Lors du débat d'orientation budgétaire du printemps 2006, le ministre délégué avait déclaré que le taux de couverture des dépenses de santé avait progressé au cours des dix dernières années, pour atteindre 79,8 %. On peut s'en étonner, dans la mesure où, selon la direction des recherches et des études économiques et statistiques (DREES) du ministère de la santé, la contribution personnelle nette des assurés est passée, au cours de cette période, de 8,47 à 8,72 %, et le taux moyen de remboursement des soins de ville de 66,4 % à 65,7 %. Ces chiffres sont beaucoup moins enthousiasmants que les données merveilleuses fournies par le ministre délégué. Le courrier adressé au ministre délégué pour obtenir des précisions quant à ses sources n'a jamais reçu de réponse.

Enfin, il est impératif, au moment où vient d'être décidée l'interdiction de fumer dans tous les lieux publics, d'aider les personnes intoxiquées par le tabac à se défaire de cette dépendance et à surmonter ce handicap en remboursant les substituts nicotiques. Il en coûterait certes 400 millions d'euros par an, mais les recettes supplémentaires attendues au titre des « droits tabac » encaissées par l'assurance maladie au premier semestre 2006 ne s'élèvent-elles pas à 300 millions ?

M. Jean-Luc Prél a félicité le ministre de la santé et des solidarités pour le talent avec lequel il défend ses réformes, mais a regretté qu'il ait cru devoir nier l'existence de propositions alternatives à celles du gouvernement. En effet, l'UDF préconise de longue date qu'il soit mis fin à la séparation entre la ville et l'hôpital et a suggéré l'extinction des régimes spéciaux de retraite, d'ailleurs reprise récemment par M. François Fillon.

Les réformes des retraites et de l'assurance maladie étaient censées ramener les comptes sociaux à l'équilibre en 2007. Ou bien s'agit-il de 2009 ? Que fera-t-on des déficits prévus de 2007 à 2009 ? Seront-ils transférés à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) ?

La réduction du déficit de l'assurance maladie s'explique en partie par des recettes supplémentaires, comme le prélèvement sur les intérêts des plans d'épargne-logement, qui rapporte à lui seul deux milliards d'euros. Pourra-t-on rééditer l'opération l'an prochain ? De manière générale, s'agissant du succès de la réforme de l'assurance maladie, quelle est la part imputable aux recettes et celle imputable aux dépenses ?

Il s'en faudra sans doute de 700 millions d'euros que l'ONDAM soit atteint en fin d'année. On peut se demander, à ce propos, ce qui distingue la maîtrise « médicalisée » des dépenses d'une maîtrise purement « comptable », lorsqu'un mécanisme d'alerte conduit, au milieu de l'été, à baisser unilatéralement de 3 % certains tarifs.

La décélération des remboursements de soins de ville doit se poursuivre, mais elle est due en grande partie à la baisse des indemnités journalières. Or on s'attend à ce que celle-ci se ralentisse également, ce qui rendrait d'autant plus hasardeux l'objectif de progression de l'ONDAM médecine de ville fixé à 0,8 % par le projet de loi. Le risque de ne pas respecter l'objectif est d'autant plus réel que des promesses ont été faites pour la fin 2007, notamment l'augmentation du tarif de la consultation généraliste (C) au niveau du tarif des spécialistes (CS).

L'ONDAM hospitalier, quant à lui, est de 3,5 %, mais quelles seront les recettes effectivement déléguées aux établissements ? Une partie des 3,43 % de l'an dernier avait servi, en fait, à payer les reports de charges 2005. Une partie a été gelée définitivement. Comment les établissements peuvent-ils adopter leurs états prévisionnels de recettes et de dépenses (EPRD) sans connaître le montant total des recettes qui leur seront déléguées ?

Le président Jean-Michel Dubernard, a demandé, au nom de M. Michel Diefenbacher, présent lors de la réunion de ce matin mais empêché cet après-midi, que soit très précisément mesuré l'impact des mesures contenues dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale sur le niveau d'activité des laboratoires pharmaceutiques, qu'il s'agisse de la limitation à 1 % de l'évolution du chiffre d'affaires du médicament remboursable, du passage de 0,6 à 1 % de la taxe sur le chiffre d'affaires ou encore de la taxe exceptionnelle sur les ventes directes aux pharmacies, qui sont une pratique courante pour certains médicaments.

M. Xavier Bertrand, ministre de la santé et des solidarités, a apporté aux intervenants les éléments de réponse suivants :

– S'agissant des patients atteints d'affections de longue durée, les caisses primaires ont reçu de la CNAMTS, suite à une demande ministérielle, l'instruction de faire preuve de souplesse en matière d'absences. Certes, une disposition visant à faciliter les contrôles avait été introduite à l'initiative du Sénat, mais des réglages plus fins sont nécessaires, car les ALD justifient un traitement particulier.

– L'accord relatif aux médecins à diplôme extracommunautaire ne pouvait pas ne pas tenir compte du *numerus clausus* imposé aux étudiants en médecine des universités françaises ; c'est pourquoi le nombre de ses bénéficiaires sera contingenté, mais grâce à lui le problème devrait se résoudre progressivement, sur quelques années – bien moins de dix, en tout cas. Les autres pourront, en attendant, continuer d'exercer, mais sous la responsabilité d'un praticien hospitalier. La loi portant création de la couverture maladie universelle, en 1999, était censée résoudre le problème ; on voit ce que cela a donné ! Il faudra aussi que les établissements s'abstiennent de procéder à de nouveaux recrutements qui viendraient gonfler le « stock » ; des instructions seront données en ce sens aux directeurs d'établissements.

– Le problème de la retraite des PU-PH a enfin trouvé une solution. Pour les PU-PH âgés de plus de 55 ans, les deux ministères de tutelle, enseignement supérieur et santé, sont en train de rechercher des solutions complémentaires dans le cadre du dispositif transitoire, afin que personne ne soit oublié. La faible masse des sommes en jeu devrait faciliter la chose, mais il faut aussi veiller à la question de l'attractivité : en d'autres termes, faire en sorte que ces personnels aient envie de rester en activité.

– L'extension de la tarification à l'activité à la psychiatrie ne se fera pas sans expérimentation. Celle-ci commencera en 2008-2009 pour la psychiatrie et en 2007 pour les soins de suite et de réanimation (SSR). Dès l'an prochain, cependant, le programme médicalisé des systèmes d'information (PMSI) sera remplacé par le dispositif dit de « valorisation de l'activité en psychiatrie » (VAP).

– Les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC) ont pour objet de tenir compte des spécificités de l'hôpital public. Leur enveloppe a été revalorisée de plus de 12 % en 2006. Pour aider à la convergence intersectorielle, un des débats du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2006, des moyens pourront être consentis afin d'accompagner les efforts salariaux faits dans le secteur privé.

– Sans vouloir entrer dans un débat sémantique sur la maîtrise médicalisée et la maîtrise comptable, le mécanisme d’alerte qui a été mis en place amène le ministre de tutelle à prendre ses responsabilités, dans le cadre notamment de la « régulation prix volumes » permise par la tarification à l’activité. C’est ainsi que, constatant que les dépenses des cliniques augmentaient de 5 % en rythme annuel au lieu des 2,6 % prévus, il a été décidé une baisse tarifaire à due concurrence jusqu’au 31 décembre – après quoi les tarifs reviendront au niveau précédent. Il faut cependant souligner qu’une maîtrise purement comptable aurait conduit à une diminution plus importante. Un suivi a été mis en place au niveau des agences régionales de l’hospitalisation.

– Il n’y aura pas de recours à la CADES, car les prévisions de déficits et la baisse de l’encours de la dette permettront de l’éviter. Les nouvelles dispositions de la loi organique relative au financement de la sécurité sociale ne sont, au demeurant, guère favorables à une telle solution.

– La question des recettes supplémentaires aurait pu être posée l’an dernier, lorsque le gouvernement s’était engagé à ramener le déficit à 8,3 milliards d’euros. Malgré une conjoncture économique défavorable, l’objectif a été atteint et dépassé de 300 millions d’euros. L’année dernière, si les recettes avaient été effectivement au rendez-vous, le déficit aurait été de 7 milliards d’euros et non de 8 milliards d’euros. Cette année, il n’y a pas eu de mauvaises surprises, mais un simple décalage dans la perception des recettes ou des moindres dépenses, en partie dû aux délais de revignettage des médicaments. Le gouvernement a de plus choisi de faire confiance aux pharmaciens et d’éviter le recours aux tarifs forfaitaires de responsabilité, afin de ne pas casser la dynamique qui s’est enclenchée en faveur des génériques.

– La baisse des indemnités journalières est susceptible d’être contrecarrée par la reprise de l’activité, laquelle est cependant une bonne nouvelle en soi, et c’est pourquoi il y a lieu de rester prudent, mais non alarmiste.

– Jamais les établissements hospitaliers ne se sont vu déléguer dès le début de l’année la totalité de leurs recettes annuelles, quel que soit le régime financier et comptable en vigueur. L’état prévisionnel des recettes et des dépenses (EPRD) est cependant de nature à améliorer la transparence des reports de charges, et le ministère s’efforce d’obtenir des remontées d’informations des caisses d’assurance maladie afin de pouvoir arrêter les montants des prochaines délégations de crédits avant la fin de l’année.

– La taxe sur le chiffre d’affaires des laboratoires pharmaceutiques ne passe pas de 0,6 % à 1 %, mais de 1,76 % à 1 %, car le gouvernement a décidé de baisser le taux de la taxe exceptionnelle. Les mesures prises ne nuiront pas à l’attractivité du territoire pour cette industrie : la réunion du Comité stratégique des industries de santé, qui se tiendra dans la première quinzaine de décembre, sera l’occasion de mettre en place de nouvelles formes de partenariat afin de valoriser l’innovation.

Mme Jacqueline Fraysse a demandé si les médecins à diplôme extracommunautaire non reçus à l’examen pour des raisons de contingentement devront le repasser.

Le ministre de la santé et des solidarités a répondu qu’ils pourront le repasser. Les modalités de cet examen seront fixées en accord avec leurs représentants, qui souhaitent qu’il ne s’agisse pas d’épreuves de type scolaire : il s’agira de vérifier leur connaissance de la langue française et leur maîtrise de la spécialité qu’ils pratiquent. Cela permettra, et c’est l’essentiel, de sortir d’une situation de *statu quo* qui était devenue insupportable.

Quant aux substituts nicotiques, ils seront pris en charge par l'assurance maladie à hauteur de 50 euros par an et par patient, le coût d'un traitement efficace étant de 150 euros et sa durée de trois mois. Le choix du traitement sera laissé au libre choix du patient ; le médicament ne sera pas inscrit au remboursement. Des discussions sont en cours avec les complémentaires pour qu'elles versent également leur écot, ce que certaines font peut-être d'ailleurs déjà, mais une participation volontaire des fumeurs eux-mêmes est sans doute souhaitable d'un point de vue psychologique. Les associations seront également consultées, afin que l'on sache s'il convient d'accorder une aide renforcée pour certaines affections particulières. L'objectif est de doubler le nombre de personnes suivant ces traitements, qui est actuellement de 600 000 par an.

M. Marc Bernier a indiqué que le conseil de surveillance du FFIPSA, au sein duquel M. Marc Censi et lui-même représentent l'Assemblée nationale, s'était réuni ce matin. Il s'est préoccupé du financement de la mesure annoncée par le gouvernement en faveur des petites retraites agricoles, conformément à un engagement du Président de la République. Le BAPSA, avant sa suppression, recevait de l'Etat une subvention d'équilibre, notamment au titre de la compensation démographique. Promesse a été faite, lors de son remplacement par le FFIPSA, que le « pacte » passé entre la nation et son agriculture ne serait pas remis en cause, et l'Etat, de fait, a doté le FFIPSA de 2,5 milliards d'euros, mais pour le reste, la loi dispose qu'il prend en charge son déficit « le cas échéant ». Cette expression même fait problème, car il est de la responsabilité de l'Etat et du régime général d'assurer la solidarité inter-régimes. Sachant qu'il faut encore 1,9 milliard d'euros pour équilibrer le FFIPSA et que le régime général aura bénéficié, en 2006, de recettes supplémentaires, quelles propositions entendent faire, d'ici la fin de l'année, les ministres de tutelle – santé et budget – pour pérenniser le système de protection sociale agricole ?

M. Jean-Luc Prével est intervenu sur deux points :

– Etant donné la disparition de la subvention d'équilibre que l'Etat versait naguère au BAPSA, le recours à l'emprunt avec prise en charge des intérêts par l'Etat n'est-il pas, finalement, la moins mauvaise des solutions au problème posé par l'important déficit cumulé du FFIPSA ? On peut se demander d'ailleurs comment sera financé la réforme, juste et attendue, des petites retraites agricoles.

– Des maisons de retraite ont signé des conventions tripartites ; au bout de trois, voire quatre ans, elles ne voient toujours pas venir les financements promis par l'Etat et sont en grande difficulté.

M. Philippe Bas, ministre délégué à la sécurité sociale, aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille, a apporté aux intervenants les éléments de réponse suivants :

– À partir du 1^{er} juillet 2007, les cotisations sociales dites patronales se limiteront, au niveau du SMIC, aux 2,2 points de cotisation au régime des accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP) – c'est une moyenne, car le taux effectif sera modulé en fonction des résultats obtenus par l'entreprise en matière de prévention de ces deux risques – ainsi qu'aux cotisations d'assurance chômage et de retraite complémentaire, soit respectivement 4 et 5 points.

– Le taux de couverture des dépenses de santé par l'assurance maladie est bel et bien passé – ainsi qu'il a été répondu à Mme Jacqueline Fraysse, dans une lettre dont copie lui sera donnée puisqu'il semble qu'elle se soit perdue – de 78 % en 1993 à 79,1 % en 2005, et le reste à charge pour l'assuré après intervention des complémentaires est passé de 9,6 % en

1995 à 8,7 % en 2005. Il est donc faux de dire que la couverture maladie se réduit comme peau de chagrin : elle progresse plutôt, ce qui s'explique notamment par le fait que, d'une part, le vieillissement de la population s'accompagne d'une plus grande proportion de personnes prises en charge à 100 %, et que, d'autre part, de nouveaux médicaments plus performants apparaissent, qui sont remboursés à un tarif plus élevé que ceux faisant l'objet de déremboursements pour service médical rendu (SMR) insuffisant. Le taux de couverture des dépenses est, en tout cas, un indicateur absolument essentiel, qu'il convient de surveiller de près afin de maintenir un égal accès de tous aux soins et au progrès médical et à un haut niveau de protection sociale. Sur ce point, l'engagement est tenu.

– Le déficit du FFIPSA pose un problème très délicat, et le gouvernement a confié à M. Jean-François Chadelat, inspecteur général des affaires sociales, une mission d'expertise afin de trouver un mode de financement pérenne. Le pacte entre la nation et ses agriculteurs, qui se traduit depuis les années 1960 par la prise en charge de 40 % du montant des prestations sociales, n'est pas rompu. Le fait que la LOLF ait prévu la disparition des budgets annexes et la création du FFIPSA ne change pas le moins du monde les données politiques de ce pacte. Le FFIPSA a une créance sur l'Etat, mais cette créance ne représente qu'une très faible partie des quelque 1 100 milliards d'euros auxquels s'élève la dette de l'Etat, héritage des gouvernements antérieurs. Pour la première fois l'an prochain, cette dette va se réduire en pourcentage du PIB, ce qui devrait permettre de régler progressivement le problème de la créance du FFIPSA sur l'Etat. Le nouveau mode de gestion financière retenu n'a aucunement remis en cause les prestations auxquelles ont droit les anciens agriculteurs et leurs conjoints. Qui plus est, les mesures annoncées en faveur des petites retraites, et en particulier des personnes ayant pris leur retraite avant 2002 sans avoir cotisé suffisamment pour percevoir au moins le minimum vieillesse, marque une étape nouvelle, dont le coût est estimé à 160 millions d'euros. Quelle que soit la façon – qui est encore à l'étude – dont la réforme sera financée, cette dépense sera bien inscrite au budget du FFIPSA l'an prochain.

Mme Jacqueline Fraysse s'est étonnée, s'agissant du taux de couverture des dépenses de santé par la sécurité sociale, de la discordance entre les chiffres du ministre délégué et ceux de la DREES.

Le ministre délégué a dit s'en étonner également, car les chiffres qu'il a cités proviennent précisément de la DREES. Sans doute y a-t-il un malentendu, qu'il faudra éclaircir.

M. Marc Bernier, revenant sur le déficit du FFIPSA, a souligné que le découvert est appelé à se pérenniser et à s'alourdir. Que pense le gouvernement de la proposition, émise par le conseil de surveillance du fonds, de faire prendre en charge par l'Etat les intérêts et l'amortissement d'un emprunt que le FFIPSA souscrirait ?

Le ministre délégué a souligné que le gouvernement avait fait un premier pas dans cette direction, en faisant en sorte que l'Etat verse 160 millions d'euros à la sécurité sociale au titre des frais financiers liés à sa dette envers elle. Il n'y aurait que des avantages à ce qu'il agisse de même envers le FFIPSA. Tout dépendra, cela dit, des disponibilités budgétaires en 2007.

M. Denis Jacquat a observé que, même si l'amélioration de la situation de l'emploi doit tendre à ramener le FSV à l'équilibre en 2009, le déficit accumulé d'ici là – et qui s'élèvera à quelque 6 milliards d'euros fin 2008 – ne sera pas annulé pour autant.

Le ministre délégué en a convenu et a rappelé que les excédents à venir seront versés, de par la loi, au Fonds de réserve pour les retraites, et ne pourront donc servir à

rembourser les dettes antérieures. L'existence du FSV est cependant précieuse car elle permet de distinguer clairement entre les prestations qui relèvent de la solidarité nationale, c'est-à-dire de l'Etat, et celles qui sont la contrepartie de contributions des assurés.

Le président Jean-Michel Dubernard a remercié les ministres.

*

La commission est ensuite passée à la discussion générale du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2007.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a souhaité revenir sur les propos qu'a tenus le ministre en réponse à la question de M. Bernard Debré sur la retraite des professeurs d'université – praticiens hospitaliers (PU-PH). Le texte du projet de loi est bon mais il convient de réfléchir à la demande des PU-PH tendant à leur permettre de racheter des droits à pension supplémentaires sur leurs revenus hospitaliers. Un amendement en ce sens pourrait être contraire aux dispositions de l'article 40 de la Constitution mais s'il ouvre simplement la possibilité au gouvernement de définir des dispositions transitoires pour ces personnels, il éviterait cet écueil. Le ministre a fait valoir qu'une discussion était engagée avec le ministre de l'éducation nationale sur la définition du régime applicable aux PU-PH. Cependant, les cotisations de retraite sur les revenus hospitaliers ne relèvent que de la compétence du ministre de la santé puisque ces cotisations seront financées par le budget des centres hospitaliers et universitaires.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé que les parlementaires et les PU-PH essaient de faire progresser ce dossier depuis des années. Il faut éviter de voter une disposition législative excessive car elle risquerait de faire échouer l'ensemble de la réforme. Il convient donc de garder une grande prudence même si une mesure de rattrapage en faveur des PU-PH âgés de cinquante-cinq ans et plus serait fondée.

M. Paul-Henri Cugnenc a considéré qu'il est important de concilier prudence et efficacité. En effet, les PU-PH sont mobilisés de longue date sur cette question. Il s'agit de la seule catégorie en France dont l'employeur – l'hôpital public – finit par nier sa qualité d'employeur. Certaines balivernes sont bien peu crédibles, à l'image de l'affirmation selon laquelle la retraite universitaire rendrait impossible le versement d'une deuxième retraite par l'hôpital.

Aujourd'hui, il est enfin possible de faire un pas en avant. Mais une grande prudence est requise afin qu'à terme celui-ci ne se transforme pas en pas en arrière, dont les PU-PH seraient les premières victimes. La clarté et l'honnêteté doivent primer : il est possible à l'hôpital public de verser des prestations de retraite. L'hôpital peut procéder à de tels versements, d'une manière active et ferme, conformément à l'ensemble des engagements syndicaux ou encore politiques pris. Il est important d'aller jusqu'au bout : un pas en arrière équivaldrait à un suicide.

Le président Jean-Michel Dubernard a rappelé qu'il y a déjà eu deux ou trois tentatives de réforme des retraites des PU-PH mais que les espoirs de ces derniers se sont effondrés au dernier moment. Il est fondé de s'engager pour faire adopter cette réforme car les PU-PH vivent une véritable injustice. Cependant, le risque d'échec est toujours grand car les indemnités hospitalières peuvent être interprétées comme étant des primes.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a indiqué avoir proposé au ministre un texte d'amendement. L'hôpital doit pouvoir retenir ses meilleurs éléments face à la tentation du secteur privé qui offre de nombreux avantages en matière de retraite.

M. Bernard Debré a souscrit à la mise en garde du président Jean-Michel Dubernard : les parlementaires et les PU-PH ont connu trop d'occasions de réforme qui se sont évanouies. L'article 58 du projet de loi constitue une avancée évidente et inespérée qui permettra, par la suite, d'autres avancées, surtout si l'amendement proposé par le rapporteur pour l'assurance vieillesse et relatif aux mesures transitoires est adopté.

M. Jean-Luc Prétel a rappelé que le rôle de l'État consiste à améliorer le système de protection sociale et à assurer la solidarité, au regard de ce réel problème que constituent les retraites. Ce rôle consiste également à assurer un égal accès de tous à des soins de qualité. Dans le même temps, comment ne pas reconnaître l'existence de réelles difficultés de financement ? Certaines propositions avaient été faites l'année dernière. Pourquoi se refuser cette année à certaines avancées et au moins engager une première réflexion ?

D'autre part, il faut regretter l'absence de raisonnement global concernant la définition des dépenses de santé. Le cadre actuel de la discussion ne concerne que les dépenses remboursables par les régimes obligatoires de base de la sécurité sociale. Or il serait opportun de considérer la totalité des dépenses remboursées, que ce soit par les régimes de base ou les régimes complémentaires. Les dépenses de prévention et d'éducation comme les dépassements d'honoraires devraient être prises en compte. Les difficultés évoquées précédemment dans la discussion ne proviennent-elles pas de cette lacune ?

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse, a ensuite souhaité aborder brièvement un sujet qui fait l'objet d'une étude spéciale dans son rapport. La France a un grand nombre de veuves jeunes qui sont confrontées à de grandes difficultés financières. Il conviendrait de ranger ces veuves sans emploi et sans revenu substantiel mais avec un enfant à charge, parmi les publics prioritaires traités par l'ANPE pour la recherche d'un emploi, comme cela était naguère prévu. En outre, lorsqu'une femme se retrouve seule à la suite d'un veuvage, elle ne perçoit pas d'allocation suffisante pour lui permettre d'élever convenablement un enfant à charge, contrairement à une femme divorcée. Cette discrimination est importante. Il faudrait étudier la possibilité de mettre en place une véritable assurance orphelin permettant de servir des allocations.