

ASSEMBLÉE NATIONALE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

12^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2002-2003

59^e séance

COMPTE RENDU INTÉGRAL

3^e séance du mardi 12 novembre 2002



SOMMAIRE

PRÉSIDENTICE DE M. RUDY SALLES

1. **Loi de finances pour 2003** (*deuxième partie*). – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 4939).

SANTÉ, FAMILLE ET PERSONNES HANDICAPÉES (*suite*)

MM. Daniel Prevost,
Jacques Domergue,
Serge Roques.

M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

M. Christian Jacob, ministre délégué à la famille.

Mme Marie-Thérèse Boisseau, secrétaire d'Etat aux personnes handicapées.

Réponses de M. le ministre et de Mme la secrétaire d'Etat aux **questions** de : MM. Michel Vaxès, Bernard Perrut, Alain Ferry, Thierry Lazaro, Mme Hélène Mignon, MM. Louis-Joseph Manscour, Pierre Forgues, Jean-Luc Préel, Jean-Christophe Lagarde, Mme Martine Billard, MM. Gilbert Meyer, Jacques Remiller, Mmes Juliana Rimane, Geneviève Perrin-Gaillard, M. Jean-Claude Viollet, Mme Martine Carrillon-Couvreur, MM. Jean-Luc Warsmann, Dominique Le Mèner, Georges Colombier, Jacques Bobe, Patrick Delnatte, Mme Nadine Morano.

Les crédits de la santé, de la famille et des personnes handicapées seront mis aux voix à la suite de l'examen des crédits des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

Après l'article 70 (p. 4960)

Amendement n° 168 du Gouvernement : MM. le ministre, Gérard Bapt, rapporteur spécial de la commission des finances ; Jean-Luc Préel, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, pour la santé. – Adoption.

Amendement n° 176 de M. Baguet : MM. Gilles Artigues, le rapporteur spécial, le ministre. – Rejet.

Renvoi de la suite de la discussion budgétaire à la prochaine séance.

2. **Saisine pour avis d'une commission** (p. 4962).
3. **Dépôt d'un rapport en application d'une loi** (p. 4962).
4. **Dépôt de propositions de loi adoptées par le Sénat** (p. 4962).
5. **Ordre du jour des prochaines séances** (p. 4962).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENCE DE M. RUDY SALLES,
vice-président

M. le président. La séance est ouverte.
(*La séance est ouverte à vingt et une heures.*)

1

LOI DE FINANCES POUR 2003 DEUXIÈME PARTIE

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 2003 (n^{os} 230, 256).

SANTÉ, FAMILLE ET PERSONNES HANDICAPÉES (*suite*)

M. le président. Nous poursuivons l'examen des crédits du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Cet après-midi, l'Assemblée a commencé d'entendre les orateurs inscrits dans la discussion.

La parole est à M. Daniel Prevost.

M. Daniel Prevost. Monsieur le président, monsieur le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, monsieur le ministre délégué à la famille, madame la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, chers collègues, le budget pour les handicapés honore le Gouvernement. Il traduit la volonté du Président de la République de faire du handicap l'un des trois grands chantiers de son quinquennat. Avec une augmentation de 5,6 % des crédits par rapport à 2002, il sera possible d'offrir aux enfants handicapés une intégration scolaire dans les meilleures conditions.

Les parents, les associations, le milieu scolaire, la société dans son ensemble reconnaissent le bien-fondé de cette démarche. Les enfants en situation de handicap doivent pouvoir exercer ce droit fondamental à fréquenter l'école, qui est par excellence le lieu de formation à la citoyenneté.

Depuis la loi d'orientation du 30 juin 1975, tous les enfants handicapés sont soumis à l'obligation éducative et doivent recevoir, en fonction du type et du stade de leur handicap, soit une éducation ordinaire, soit une éducation spéciale. Pourtant, longtemps la situation française est demeurée peu satisfaisante. Malgré un cadre législatif et réglementaire important, seuls 10 % des enfants handicapés sont aujourd'hui intégrés en milieu scolaire.

Pour les familles, l'intégration scolaire relève toujours du parcours du combattant. A ce titre, je soulignerai les propos discourtois tenus tout à l'heure par Mme Royal, qui, frappée d'amnésie, semble ignorer que 25 000 enfants handicapés restent encore privés d'école, et qui oublie comment elle a financé les auxiliaires d'intégration scolaire lorsqu'elle était au gouvernement.

Mme Maryse Joissains-Masini. Très bien !

M. Daniel Prevost. Certains enfants attendent un placement. D'autres sont placés en milieu spécialisé sans modalités de scolarisation. Ce budget constitue donc un immense espoir.

Ainsi, la création de 500 postes d'auxiliaires d'intégration de vie scolaire, dès la rentrée 2003, pour aider à la scolarisation des enfants handicapés, vient confirmer qu'il est important de rechercher en priorité l'intégration dans une classe ordinaire. Il est en effet impératif de ne pas ghettoïser les enfants handicapés. Il faut au contraire favoriser le brassage, dès l'école maternelle. Il faut accepter les différences, quelles qu'elles soient, et développer la mixité au sein du cursus scolaire. A cet égard, les volontés gouvernementales sont infiniment louables.

D'une part, la politique affichée indique clairement que, malgré un travail d'équipe, l'école ne peut gagner seule le pari de l'intégration scolaire des enfants handicapés. Le soutien et l'accompagnement des familles, des partenaires médicaux, sociaux, pédagogiques, associatifs et des collectivités sont devenus des priorités. Sur le terrain, une étroite collaboration est permise et va s'amplifier entre les inspecteurs d'académie et les directeurs départementaux des affaires sanitaires et sociales. L'éducation nationale sait désormais qu'il convient de rester au plus près du milieu ordinaire de l'enfant, quelle que soit la nature de son handicap, soit en mettant en place un projet individualisé, validé par une commission départementale d'éducation spéciale, soit, le cas échéant, pour le primaire, en admettant l'enfant dans une classe d'intégration.

D'autre part, aidés par l'Etat, qui doit laisser place à l'expérimentation, les acteurs de l'intégration vont pouvoir adapter l'école aux besoins de l'enfant, par exemple dans le cadre des schémas départementaux. En effet, le handicap est un problème humain qui doit être réglé au plus près du terrain. Madame la secrétaire d'Etat, il nous importe de connaître les améliorations préconisées en matière d'accueil des enfants handicapés en milieu scolaire.

Un budget est avant tout un document politique, qui traduit en milliards d'euros les priorités du Gouvernement. Ces priorités sont claires : elles tracent d'ores et déjà la voie qui sera suivie lors de la révision de la loi d'orientation du 30 juin 1975, c'est-à-dire une authentique intégration de chaque personne handicapée dans la société. Il s'agit d'un vaste chantier, mais je connais vos compétences et votre détermination. Les handicapés et leurs familles comptent sur vous, madame la secrétaire d'Etat. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.*)

M. le président. La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. Monsieur le président, messieurs les ministres, madame la secrétaire d'Etat, chers collègues, quoi que l'on fasse, les dépenses de santé sont, ont été et seront inflationnistes. La durée de vie augmente, les nouvelles molécules coûtent de plus en plus cher, les normes sécuritaires et les exigences de qualité sont toujours plus fortes. Alors, que faire ? S'éloigner de ce système bismarkien pour évoluer vers un système étatique à l'anglaise ? C'est la maîtrise comptable, et l'on voit où cela nous a menés. Remettre en cause les principes du meilleur système de santé du monde axé sur l'égalité et l'accessibilité des soins pour tous, sur des exigences de qualité ? Le pays est unanime sur ce point : les

Français sont attachés à l'assurance maladie, et votre mission, monsieur le ministre de la santé, est aujourd'hui de la préserver.

Ce n'est pas qu'il ne faille pas réformer. Mais renflouer sans réformer, comme on l'a fait, hélas, pendant les années 1998-2001, c'est réduire toute ambition de maîtriser les dépenses de santé au-delà des années de croissance. Il faut, certes, espérer le retour de la croissance, mais que faire entre-temps ? Vous avez choisi de rétablir le dialogue et la confiance, de rompre avec la logique de réduction de l'offre de soins, dont on voit aujourd'hui où elle nous a conduits. La pénurie médicale est prévue dès 2005, surtout dans les disciplines à forte pénibilité – la chirurgie, l'obstétrique ou l'anesthésie. En conséquence, augmenter le *numerus clausus* à 5 100 pour 2003 est une bonne mesure, et il faudra sûrement poursuivre dans cette voie.

Fondé sur un contrat de confiance, l'exemple du C à 20 euros sans contrepartie autoritaire est aujourd'hui une réussite. Pari joué, pari gagné : la prescription de génériques a été supérieure aux prévisions, ce qui témoigne de la maturité des professionnels de santé.

De même, il me paraît plus réaliste d'augmenter l'ONDAM de 5,3 %, et de s'y tenir – même si certains considèrent que c'est insuffisant –, que de fixer un ONDAM inférieur en sachant que, de toute façon, il sera dépassé. Il faut, en tout cas, créer les conditions du respect de l'ONDAM.

Le deuxième axe de votre action et de votre projet concerne le plan médicament, qui a pour vocation de réorganiser la prescription et la politique du médicament. Il est indispensable de s'appuyer sur la notion de service médical rendu, surtout pour l'organisme payeur. Comment peut-on imaginer que l'on continuera à rembourser des médicaments qui n'ont pas fait la preuve scientifique de leur efficacité ? Pour pouvoir, demain, payer des molécules plus chères, il faut, aujourd'hui, réaliser des économies sur des produits de première utilisation à l'efficacité douteuse. Toutefois, il faut donner à l'industrie pharmaceutique des contreparties à ce contrat de confiance. Vous y avez pensé, avec l'augmentation de la clause de sauvegarde de 3 à 4 %, l'accélération des procédures de remboursement des molécules innovantes et la simplification de la fiscalité.

Les dépenses hospitalières représentent 50 % des dépenses de santé. Les restructurations ont été amorcées et il faut les poursuivre. Elles pourront dégager des moyens.

L'hôpital public est aujourd'hui sinistré : le budget global a montré ses limites, l'hyper-réglementation a tué les initiatives innovantes, les 35 heures ont mis à genou les services de soins et la mise en application, au 1^{er} janvier 2003, du repos de sécurité viendra parachever une mort programmée. Les hôpitaux ont réduit leur capacité d'investissement. La valeur technique du lit s'est effondrée.

Le plan « Hôpital 2007 » a pour mission de remettre l'hôpital en état de marche. Des hôpitaux moins nombreux mais mieux équipés, plus performants : c'est vers ce type de réorganisation qu'il faut aller. Mais vous devez, monsieur le ministre, mener une politique plus audacieuse encore. À côté du plan « Hôpital 2007 », il faudra sûrement mettre en place le plan « Clinique privée 2007 ». L'hôpital privé ne doit pas être oublié : plus de 50 % des établissements de soins privés sont dans le rouge et ils assurent plus de 50 % de l'activité chirurgicale.

Il faut réintroduire une culture du résultat dans l'hôpital public en même temps qu'une culture du service public dans les établissements de soins privés. Décloison-

ner les deux secteurs d'hospitalisation est une mission urgente. Les professionnels attendent beaucoup de la tarification à l'activité.

Enfin, il faut responsabiliser les usagers. Comme vous, nous sommes favorables à une politique de prévention, fondée sur l'éducation. La taxation du tabac, et peut-être un jour de l'alcool, est une bonne mesure éducative vis-à-vis des jeunes, même si l'on peut douter de son efficacité sur des dérives comportementales inquiétantes. En tout cas, une mission extrêmement importante nous incombe : faire comprendre à nos concitoyens que l'effort de chacun contribue à la santé de tous. C'est par plus d'information, de transparence et de responsabilisation pour chacun d'entre nous que nous contiendrons les dépenses d'assurance maladie.

M. le président. Il faut conclure, mon cher collègue.

M. Jacques Domergue. Pour conclure, monsieur le ministre, je souhaiterais que les acteurs de santé ne soient plus considérés comme des hommes et des femmes qui auraient pour seule vertu de mettre à mal les gouvernements successifs en creusant inéluctablement le déficit de la sécurité sociale. Ils sont au service des malades. Ce sont des acteurs qui produisent du bien-être et de la santé. Ils représentent un secteur en pleine activité avec un million d'emplois qu'il faut préserver.

Parce que vous êtes le premier à dire la vérité, vous avez, par votre discours, permis de rétablir cette confiance. C'est la nouvelle gouvernance que le pays attendait en matière de santé. Pour cela, monsieur le ministre, nous voterons votre budget. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.*)

M. le président. La parole est à M. Serge Roques.

M. Serge Roques. Monsieur le président, messieurs les ministres, madame la secrétaire d'État, chers collègues, la santé constitue le domaine de préoccupation numéro un des Français. Elle emploie plus de un million d'entre eux ; son budget, énorme, est de l'ordre de 150 milliards d'euros. Pourtant la place et le rôle du ministère de la santé étaient marginalisés dans les gouvernements précédents, puisqu'il n'avait pas la tutelle de la sécurité sociale. Ainsi, votre prédécesseur a dit n'avoir été ni consulté ni écouté sur l'introduction des 35 heures dans les établissements de santé. C'était, il est vrai, le type même de la mesure idéologique dont on n'avait pas pris la peine d'étudier sérieusement les conséquences, pourtant considérables à l'évidence, sur le fonctionnement de l'hôpital et de son budget.

C'est sans doute dans les hôpitaux et les cliniques dits de proximité, c'est-à-dire ceux des sous-préfectures et des petites préfectures, que les difficultés risquent d'être les plus grandes et de mettre en cause leur existence même. En effet, comment y satisfaire à la fois aux obligations de la RTT, à l'application des 48 heures hebdomadaires, gardes incluses, à la directive européenne sur le repos de sécurité, dans un contexte de démographie médicale déjà très défavorable ? Et comment ne pas voir que, dans ce contexte, seule une coopération étroite entre structures privées et publiques d'une même ville peut permettre de conserver des établissements de santé de qualité ailleurs que dans les métropoles et les préfectures importantes ? Sans cette entente, de véritables déserts sanitaires risquent d'apparaître sur des pans entiers de notre territoire : les conséquences en seraient incalculables sur leur vitalité future.

Cependant, monsieur le ministre, des contraintes d'ordre réglementaire freinent considérablement le rapport et le rapprochement entre les deux structures. Ce

sont la non-reprise d'ancienneté des médecins libéraux voulant intégrer le public, le quota de 33,33 % de lits de même discipline ouvrant droit à la création de lits dans les cliniques, de la redevance de 30 % imposée aux médecins libéraux qui y travaillent. Ne pensez-vous pas qu'il est nécessaire de faire évoluer ces textes, d'autant que certains syndicats hospitaliers publics, comme la coordination médicale hospitalière, se montrent ouverts en la matière ? Ne croyez-vous pas également que le différentiel des taux directeurs de dotation entre les différentes régions devrait être revu ou au moins resserré ? Il aboutit, de fait, à des dotations hospitalières très inéquitables dans les régions aux taux directeurs les plus bas et qui appliquent de manière uniforme le barème sans tenir compte de l'activité réelle des établissements, comme c'est le cas en Midi-Pyrénées.

Le monde de la santé est sans doute confronté à l'une des situations les plus difficiles qu'il ait connues depuis la Seconde Guerre mondiale. Votre tâche est immense. Toutefois, votre personnalité, monsieur le ministre, qui allie une très forte exigence éthique à une pratique scientifique de très haut niveau, et l'étendue de votre domaine de compétences, puisque vous avez désormais la tutelle de la sécurité sociale, ont rassuré les personnels de santé et, au-delà, tous les Français. Ils savent qu'avec vous, qu'avec ce gouvernement, qu'avec le Président de la République actuel, qui a pratiquement inscrit les trois chantiers prioritaires de son quinquennat dans votre domaine de compétences, la santé est bel et bien devenue, comme ils le souhaitent unanimement, un axe majeur et déterminant de l'action publique.

C'est pourquoi le groupe de l'UMP ne peut que voter ce projet de budget, qui ouvre la voie à une grande politique de la santé dans ce pays. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, je vais tenter, sans trop empiéter sur la procédure des questions, de répondre à l'ensemble des intervenants.

Monsieur Bapt, vous avez à la fois salué et critiqué le début de la mise en œuvre de la nouvelle loi organique relative aux lois de finances. C'est vrai, le ministère s'est doté d'une stratégie, qui consiste à commencer, d'ici à la mi-2003, la rédaction de l'ensemble des projets de performances. Il s'est également doté d'une organisation, de moyens dédiés, d'une méthodologie et d'une structure de programmes. Sur ce dernier point, il ne faut pas confondre la liste des agrégats et des chapitres proposés pour le projet de loi de finances pour 2003 avec la liste définitive des programmes au sens de la loi organique.

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan. Me voilà rassuré !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Les agrégats et les chapitres nouveaux ne sont qu'un jalon sur la route du projet de loi de finances pour 2006, auquel s'appliquera la loi organique. Je ne veux pas entrer dans le détail d'une réponse qui serait un peu technique, vous le comprendrez, mais nous pourrions y revenir si vous le souhaitez.

Vous avez ensuite fait écho à des interrogations formulées par M. Néri lors des travaux de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, à propos de la

fameuse loi de programmation quinquennale en santé publique. Ainsi, vous êtes interrogé sur la portée de l'autorisation budgétaire annuelle au regard d'une loi de programmation pluriannuelle. Je tiens à vous rassurer : il existe des précédents, tels que la loi de programmation militaire ou la loi de programmation pour la justice, qui prouvent que le cadre de l'annualité budgétaire peut être adapté aux situations dans lesquelles un horizon trop proche ne permet pas de préparer les actions, ce qui est manifestement le cas de la santé.

Le Haut Comité de la santé publique ainsi que de nombreux experts ont d'ailleurs affirmé qu'il serait contre-productif de changer de priorités chaque année et que seul un engagement pérenne sur quelques années peut procurer des résultats tangibles. Nous voulons donc afficher des priorités dans la durée dans le cadre d'une loi de programmation, mais il faudra évidemment, conformément au principe de l'annualité budgétaire, reconduire chaque année les crédits nécessaires.

L'un des objectifs de cette loi est de rééquilibrer le poids respectif des approches curative et préventive, ce qui ne peut se concevoir que dans un cadre pluriannuel.

Vous avez également, monsieur Bapt, mis en doute l'intérêt même de cette loi de programmation et fait allusion à la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades, que vous avez appelée « loi Kouchner ». Cette loi – et je veux bien reconnaître tout le talent qu'a mis Bernard Kouchner pour l'élaborer – comporte, c'est vrai, nombre de points très positifs. Toutefois, je voudrais appeler votre attention, vous qui êtes un parlementaire expérimenté, sur le fait que certaines des dispositions de ce texte sont difficiles à appliquer.

Ainsi, il est prévu dans ce texte de faire participer les associations représentant les malades à toutes les instances, des plus basses jusqu'aux plus hautes. C'est une excellente chose, sauf que les modalités d'agrément des associations susceptibles d'être retenues comme représentatives sont renvoyées à un décret. Eh bien, permettez-moi de vous rappeler, à vous qui êtes aussi du métier, qu'il y a des milliers d'associations de malades. Dès lors, en fonction de quels critères allons-nous choisir de les agréer ? Sur celui du nombre d'adhérents ? Ce serait pénaliser les associations des victimes de maladies orphelines. Sur celui de leur budget ? Ce serait négliger et mettre de côté les petites associations qui essaient d'attirer l'attention sur telle ou telle affection. Du reste, je vous le dis très franchement, je n'ai pas trouvé, y compris auprès de la mission juridique du Conseil d'Etat, les éléments qui me permettraient de m'engager immédiatement dans la rédaction d'un décret précisant les critères d'agrément retenus.

Certes, j'ai des idées, et M. le ministre délégué à la famille et Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées savent de quoi je veux parler. Il existe en France un groupement, l'UNAF, c'est-à-dire l'Union nationale des associations familiales, qui a des représentations régionales, les URAF, et des représentations départementales, les UDAF, et qui fédère toutes les associations familiales, y compris les plus petites d'entre elles. Et pour l'UNAPEI, c'est la même chose. Eh bien, je souhaite que l'on puisse construire la même chose avec les associations de malades, celles-ci devant se fédérer à l'échelon départemental, puis à l'échelon régional, et, enfin, à l'échelon national, ce qui permettrait d'avoir une représentativité absolument parfaite, ne négligant personne. Mais pour cela, il faudra, je vous le dis, au moins deux ans. Pour le moment, la loi indique simplement qu'il faut associer,

mais elle ne précise pas comment. Pour ma part, je ne suis pas en état aujourd'hui de vous dire davantage comment on pourrait le faire.

C'est la raison pour laquelle j'ai prolongé l'existence du Haut comité de la santé publique et différé l'installation du Haut conseil de la santé : je ne récusé pas celui-ci, mais je n'ai pas les moyens de le mettre en place.

De même, en ce qui concerne la conférence nationale de santé et les conférences régionales de santé, je prolonge les instances existantes en attendant de pouvoir les mettre au goût du jour.

Il ne s'agit pas d'un refus, mais, je l'avoue, de la conséquence d'une difficulté, et je pense d'ailleurs que vous pouvez le comprendre.

Vous m'avez demandé avec insistance – et c'est une critique qui a été formulée à plusieurs reprises – ce qu'il allait advenir des programmes de santé publique annoncés par mon prédécesseur. Monsieur Bapt, soyons clairs, mon prédécesseur – et il ne s'agit pas d'une critique adressée à son égard car il a fait ce qu'il pouvait avec les moyens du seul budget de la santé – a annoncé vingt-cinq plans de santé publique, qui, pour la plupart, n'ont pas d'objectifs précis, ne peuvent être ni évalués ni mis en œuvre, et sont dépourvus de financement. Pour illustrer mes propos, je vais citer quelques exemples de plan.

« Améliorer la prise en charge des accidents vasculaires cérébraux » : mais c'est une intention, pas un plan !

« Développer la prévention pour les personnes âgées fragiles » : certes, c'est très important, mais ce plan est dépourvu d'objectifs et de financement !

« Développer les soins palliatifs » : c'est capital, mais ce plan est également inapplicable pour diverses raisons !

Ce que je souhaite – et c'est pour cette raison que je veux défendre avant l'heure la loi de programmation en santé publique – c'est, d'une part, définir les outils de santé publique nécessaires pour mettre en place cette loi, car nous ne les avons pas aujourd'hui en France, et, d'autre part, élaborer une stratégie précisant les rôles respectifs de l'Etat, des collectivités locales et, éventuellement, des partenaires sociaux, l'assurance maladie notamment, le tout étant décliné en fonction des priorités.

Je ne nie pas du tout les bonnes intentions et les plans annoncés, je dis simplement que j'ai de la difficulté à m'y retrouver.

Vous avez certes fait une étude très sérieuse, mais vous m'avez stupéfait quand vous avez déclaré que, finalement, pour le cancer, il n'y avait pas grand-chose, comparé aux 226 millions d'euros qui avaient été dépensés en 2002 pour lutter contre cette maladie. Malgré des recherches effectuées entre cette séance et celle de cet après-midi, je n'ai rien trouvé qui puisse confirmer ce chiffre. Je ne vois qu'une explication : vous avez dû probablement mélanger les crédits d'Etat et les mesures nouvelles relevant de l'ONDAM, c'est-à-dire les enveloppes déléguées à l'ARH, ce qui, permettez-moi de vous le dire, n'a pas grand sens. Les crédits dont je vous parle dans ce budget concernent la prévention et le dépistage du cancer. Je suis, dans le domaine de la santé publique et non dans ceux des soins, du diagnostic et de la recherche. Par pitié, comparez des choses qui sont comparables.

Sur la MILDT, je me suis expliqué. Je tiens simplement à vous rassurer : les crédits ont été délégués. Il reste encore un petit reliquat, mais toutes les associations pourront poursuivre leurs activités. Je le répète, nous avons besoin du tissu associatif pour mener la lutte contre la toxicomanie. Aucune mesure ne sera prise qui puisse les empêcher d'agir !

M. Jean-Luc Warsmann. Très bien !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. S'agissant de la sécurité sanitaire, nous n'allons pas entamer un débat, mais je suis sûr que si vous étiez à ma place vous vous livreriez à la même réflexion que moi : on peut se demander si l'usage que les agences de sécurité sanitaire – qui sont financées par l'Etat – font de leur fonds de roulement relève de la bonne gestion. Je ne vais pas rentrer dans les détails, mais vous savez très bien que des projets immobiliers ont été autofinancés à partir d'économies réalisées année après année, ce qui n'était pas très sain.

Cela étant, je tiens à rassurer ceux qui se sont inquiétés : les agences de sécurité sanitaire sont, je le répète, essentielles pour la sécurité sanitaire de notre pays. Nous n'empêcherons pas leur développement ; au contraire, nous les y aiderons.

Enfin, monsieur Bapt, vous vous êtes inquiété à propos de ce que vous avez appelé les dépenses sociales, relatives par exemple à l'IVG ou au CSST. C'est que, comme nombre d'intervenants, vous avez confondu PLFSS et PLF.

Je le répète, notre action de santé publique comportera des crédits pour l'éducation à la santé et pour la prévention. Ce que nous avons délégué à l'assurance maladie en matière d'interruption de grossesse, ce sont les actes médicaux, les analyses biologiques et les prescriptions médicamenteuses qui figurent dans la nomenclature des actes médicaux et biologiques et qui doivent être gérés de la manière la plus simple et la plus claire. C'est la même chose pour la partie soins des toxicomanies.

Je pourrais évidemment vous répondre encore plus longuement, monsieur Bapt, car vous avez fait une intervention très argumentée, mais je pense que je vous ai fourni les principales réponses que vous souhaitiez. D'autant que, en m'adressant maintenant à M. Prél, je vais répondre à d'autres interrogations que vous aviez soulevées.

Monsieur Prél, vous vous êtes livré à un très bel exercice sur la décentralisation. Je prends rendez-vous avec vous car je crois – et n'y voyez aucune malice de ma part – que vous avez des idées assez précises sur les agences régionales de santé. Il faudra que vous m'expliquiez un certain nombre de choses, car, jusqu'à présent, dans mon esprit et dans celui des personnes qui travaillent avec moi, ce n'est pas aussi clair que cela.

Au sein des ARS, nous souhaitons rassembler les ARH, qui sont un succès et qui ont déjà permis de marier l'hospitalisation publique et l'hospitalisation privée, qui ne sont plus concurrentes, et le secteur ambulatoire. Cependant, les ARH sont financées via la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins, alors que le secteur ambulatoire est financé par l'assurance maladie. Les tutelles ne sont donc pas les mêmes. Rassemblés dans les ARS, on ne sait plus qui tiendrait le manche, de l'assurance maladie ou de l'Etat au travers de la DHOS.

Ou bien faut-il régionaliser, c'est-à-dire décentraliser ?

Si l'on décentralise véritablement, la question se pose de savoir si on confie la compétence en cette matière aux régions. Or les présidents de conseils régionaux – je les ai tous consultés – ne veulent pas mettre le doigt dans la compétence santé, sauf peut-être pour définir le schéma régional de l'organisation sanitaire et sociale ou des objectifs prioritaires régionaux spécifiques s'additionnant aux objectifs nationaux. Mais dès qu'on évoque l'hôpital, les personnels, ils ne veulent pas en entendre parler et tous nous répondent qu'ils n'ont ni la compétence, ni l'expérience, ni les moyens pour s'en occuper. Il ne faut pas bousculer les choses.

Si dans votre esprit, il s'agit d'attribuer cette compétence à des conseils régionaux de santé, il faudrait préciser comment seront effectués les nominations et qui dirigera.

Pour ma part, je ne conçois pas la décentralisation sans que tout le monde soit traité à la même enseigne sur l'ensemble du territoire de la République, sans que les actes aient le même coût pour toute la population.

En définitive, on voit bien la difficulté qu'il y a à marier la vision égalitaire et solidaire des choses et la liberté des régions.

Je suis un régionaliste convaincu dans le domaine sanitaire, mais il nous faudra encore un peu de temps pour affiner les dispositifs. Je vous donne rendez-vous en 2004, date à laquelle, je l'espère, les ARS verront le jour.

Vous avez évoqué les services déconcentrés de l'Etat, monsieur Prél. Ceux-ci doivent jouer un rôle essentiel. Ils ont bien réagi, malgré les difficultés initiales, à la création des ARH. Ils s'orientent aujourd'hui vers des missions qui sont d'une difficulté extrême et diverses, qu'il s'agisse du centre de Sangatte ou de la méningite dans le Sud-Ouest. Ils ont une gamme d'actions et d'interventions absolument extraordinaire, mais ils sont manifestement en sous-effectif.

Nous devons repenser notre organisation des directions départementales et des directions régionales de l'action sanitaire et sociale. Je vous rejoins monsieur Prél, ainsi que d'autres intervenants, quand je souligne que le niveau départemental est probablement le plus indiqué pour le social et que le niveau régional est probablement le plus indiqué pour le sanitaire. Les textes sur la décentralisation devraient permettre de clarifier les choses.

Comme M. Bapt, vous vous êtes préoccupé, monsieur Prél, du fonds d'aide à l'adaptation des établissements hospitaliers, le FIMHO, crée par la loi de finances pour 1998. On peut regretter que ce dispositif n'ait pas permis de prendre la mesure de l'enjeu que constituait l'adaptation du système hospitalier, mais cela tient à trois raisons : l'exécution de ce programme a été tributaire des délais de mise en œuvre de la sélection des opérations, des délais de préparation des dossiers et des délais d'instruction de ceux-ci.

Je ne vais pas vous citer de chiffres, mais sachez que le FIMHO n'a pas été à la hauteur de ce que l'on était en droit d'attendre de lui. La faiblesse de l'effort consenti n'a pas permis au programme de constituer un véritable appui à la politique de recomposition.

Plusieurs orateurs, notamment M. Domergue, ont souligné qu'il fallait continuer à restructurer l'hôpital et à recomposer le paysage hospitalier. Aussi, comme le FIMHO ne s'est pas révélé un bon outil, nous créerons, dans le cadre du programme « hôpital 2007 », des procédures simplifiées et probablement plus adaptées et plus efficaces.

Je répondrai maintenant à Mme Fraysse – et M. Vaxès lui communiquera certainement mes réponses. Je ne crois pas qu'elle ait eu raison de dire, au début de son propos, que ce budget est dépourvu de volonté d'une politique de santé publique. Comme à M. Bapt, je lui répondrai que ce n'est pas la multiplication des plans sans d'outils, sans financement et sans stratégie qui font une politique de santé publique. Au contraire, il faut recentrer les choses. D'ailleurs, ma remarque vaut également pour M. Le Guen.

Mme Fraysse a également analysé les chiffres relatifs à la santé publique. Elle a trouvé que, en définitive, le compte n'y était pas. C'est sans doute qu'elle a omis de comptabiliser les crédits de l'INPES, l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé, qui participe

manifestement à la politique de santé publique, ceux du programme sida ou encore ceux alloués à la MILDT, qui sont aussi des programmes de santé publique.

En 2003, il y aura 40 millions supplémentaires, ce qui signifie, *a contrario*, que tout le reste est reconduit à l'identique mais qu'il y aura 35 millions de plus pour le cancer et 5 millions pour la loi de programmation.

Personne ne peut prétendre que nous amputons les programmes ou les actions précédemment engagés. Ce sont 40 millions d'euros de plus que je mets dans la corbeille de la santé publique !

Mme Fraysse m'a interpellé sur la santé publique parce qu'elle est aussi médecin et qu'elle se rend compte que quelque chose ne va pas dans notre système. Il est vrai que je suis en train de vous tracer un programme de santé publique, tout en ne pouvant pas vous parler de la médecine du travail, qui relève du ministère du travail, ou de la médecine scolaire, qui dépend du ministère de l'éducation nationale. Nous avons donc tout lieu de nous féliciter que la médecine carcérale ait été confiée au ministère de la santé !

Lors de la discussion du PLFSS, j'ai eu le « malheur », en parlant de l'adolescence, de cet âge difficile sur le plan sanitaire, de proposer l'ouverture de maisons de santé, d'« espaces jeunes santé » auprès des établissements scolaires. Dans mon idée, ces espaces ouverts pouvaient dépendre aussi bien des DDASS que des collectivités territoriales. Je ne leur attribuais pas d'affectation précise. Peu après, je lisais un communiqué vengeur des médecins scolaires, qui se déclaraient opposés à l'ouverture des espaces jeunes parce que...

Je ne fais de procès à personne, mais il y a des ambiguïtés à lever, des prérogatives à effacer. La santé ne peut pas se couper en morceaux, il faut inventer pour ne revenir sur les statuts de personne. Il faut comprendre que quelqu'un qui se trouve bien dans un poste ne souhaite pas se retrouver ailleurs. Il faudra trouver des systèmes de coordination qui nous permettent de mener une véritable politique de santé, depuis l'enfance et la PMI en passant par la médecine scolaire et, à l'âge adulte, par la médecine du travail, qui est une partie de la santé publique.

M. Le Guen nous a reproché de faire des effets d'annonce. Je ne crois pas que cette critique soit justifiée. Pour l'instant, nous faisons ce que nous avons prévu de faire. Nous vous avons annoncé, c'est vrai, une loi de santé publique, mais, pour l'instant, nous n'en tirons aucune gloire. Nous verrons bien ce qu'elle sera quand nous vous la présenterons. J'espère que ce sera une bonne loi. Mais pour le moment, nous n'en disons pas plus.

Par ailleurs, M. Le Guen est revenu sur l'avance de 35 millions d'euros qui est consacrée au cancer. Je viens de répondre. J'ajoute simplement que, si vous voulez parler cancer, vous ne devez pas oublier qu'à côté du dépistage et de la prévention il y a le soin, le diagnostic, la recherche, il y a les registres et toute la santé publique à proprement parler. Tous ces aspects constituent un ensemble, sur lequel nous aurons la possibilité de nous exprimer le moment venu.

Mais je vous indique d'ores et déjà qu'au 1^{er} janvier, il a fallu aller vite, nous commençons le dépistage intra-familial de deux cancers de facteur génétique. Cela représente une certaine somme et nécessite une nouvelle organisation qui nous permettra de tester la façon dont nous allons nous y prendre par la suite avec les maladies génétiques liées au cancer.

S'agissant de la CMU, l'amendement a en effet peut-être été déposé trop tardivement pour que vous puissiez l'évoquer dans votre rapport, monsieur Bapt, mais,

contrairement à ce qui a pu être dit, la volonté du Gouvernement est de maintenir la couverture maladie universelle. Or, le seuil de déduction forfaitaire n'avait pas été revu depuis sa création. Par ailleurs, nous sommes opposés au seuil, vous le savez. Nous avons donc décidé de faire un geste cette année, associé d'ailleurs à celui de l'assurance maladie, qui aide à l'acquisition de la complémentaire pour certaines personnes. Il est vrai que l'année prochaine, nous envisageons, non pas du tout pour supprimer la CMU, mais au contraire pour lui permettre d'être plus égale, plus équitable, un autre mode d'organisation. Il ne s'agit pas d'une régression, mais d'un progrès.

M. Artigues m'a questionné sur la nutrition, la santé mentale, le suicide. S'il le veut bien, nous aborderons ces sujets lorsque nous discuterons de la loi de santé publique.

Sur le sida, il n'y a pas du tout diminution, au contraire, il y a même une augmentation de notre engagement à l'international.

Sur la toxicomanie, j'ai répondu.

Sur l'IVG, je viens de vous répondre également.

Sur les soins palliatifs, nous poursuivons ce qui a été entrepris, avec la volonté de renforcer notre action. J'en dirai un mot dans un instant.

Quant aux maladies orphelines, notre souci de ne pas écarter les associations de maladies orphelines montre bien tout l'intérêt que nous leur portons. Dans le plan médicaments évoqué à l'instant par M. Domergue, qui a mis l'accent sur l'innovation, nous ne voulons pas de médicaments orphelins dont personne ne voudrait s'occuper parce qu'il n'y aurait pas de marché. Nous ne voulons laisser personne sur le bas-côté de la route.

Sur la régionalisation, j'ai répondu.

Sur la démographie médicale, j'attends le rapport du doyen Berland. Je m'exprimerai plus longuement à ce moment-là.

M. Goulard a bien distingué, dans notre système de santé, d'un côté le soin, de l'autre la santé publique. Il a raison et je vous demande de vous en souvenir. Le soin est confié à l'assurance maladie, avec le cahier des charges qu'impose l'Etat sur l'égalité de tous. Quant à l'Etat, il assumera ses responsabilités régaliennes en termes de prévention.

M. Sauvadet est longuement intervenu sur l'inégalité territoriale. Il n'est pas là pour écouter la réponse, je voulais le rassurer : c'est un souci majeur. Mais il ne faut pas oublier à côté des circonscriptions rurales dont il a parlé, étant député d'une circonscription rurale, les banlieues déshéritées. C'est vrai, une pénurie de médecins existe, notamment pour trouver des remplaçants. C'est pourquoi, dans le PLFSS, nous avons permis aux médecins jeunes retraités d'assurer des remplacements, nous avons autorisé la réouverture des cabinets secondaires qui avaient rendu service tout de suite après la guerre. Il faut se servir de ce qui a été utile dans des circonstances analogues de pénurie. Nous verrons ensuite comment la médecine doit se réorganiser en exercice de groupes notamment. Je vous en parlerai à ce moment-là.

Je voudrais insister enfin sur le schéma régional de l'organisation sanitaire et social. Le SROS doit remplacer la planification car la planification en termes de lits, c'est fini. Il faut que tout notre tissu hospitalier et notre offre de soins soient intégrés dans le SROS.

M. Cugnenc a eu raison d'insister sur le tissu hospitalier, sur la santé publique, mais surtout, et il a été le seul à le faire, sur la formation initiale.

Comme lui, je crois qu'il est indispensable que tous les professionnels de santé suivent au moins une première année d'études commune pour avoir le sentiment d'appartenir à un monde commun, le monde de la santé. Je suis persuadé que les mentalités changeront quand, dans un service, l'infirmière et le médecin auront commencé leurs études ensemble à l'université : ayant des bases communes, ils parleront un même langage.

Enfin, monsieur Domergue, vous avez retracé les grandes lignes de la politique de santé du Gouvernement, que vous soutenez, ce dont je vous remercie. Il faut, sans nostalgie ni regrets, aider l'hôpital à se transformer. Vous avez abordé ce thème sous l'angle de la spécialité que vous connaissez bien, qui connaît aussi de grands bouleversements.

Vous avez en revanche utilisé deux mots qui me paraissent incompatibles, disant : « Il faut aussi un plan pour les cliniques privées. » Je ne crois pas que les cliniques privées relèvent d'une planification, car, par essence, elles relèvent de l'initiative individuelle. En fait, vous vouliez certainement dire qu'il ne fallait pas se contenter d'aider l'hôpital public, en oubliant le secteur privé. Or l'essentiel des mesures du plan Hôpital 2007 concernent aussi l'hospitalisation privée : l'aide à l'investissement, l'assouplissement de la planification, la tarification à l'activité, la revalorisation des outils de coopération, et enfin les mêmes outils pour des structures similaires.

Voilà, mesdames, messieurs les députés, quelques réponses sans doute trop rapides, mais le sujet est vaste. Je vous remercie de votre attention. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.*)

M. le président. La parole est à M. le ministre délégué à la famille.

M. Christian Jacob, *ministre délégué à la famille*. Je souhaite réagir, en quelques mots, aux interventions qui ont plus particulièrement traité de la famille. Jean-François Mattei a évoqué toutes celles qui portaient sur la santé, qui est l'essentiel de ce projet de loi de finances, et Marie-Thérèse Boisseau évoquera, dans un instant, le handicap.

Henriette Martinez et Martine Aurillac ont donné les orientations, elles ont dessiné la feuille de route de la politique familiale, dont le premier rendez-vous se tiendra dès le printemps prochain, à l'occasion de la conférence de la famille. Je voudrais tout d'abord les remercier, à la fois bien sûr de leur soutien, mais surtout des propositions du groupe UMP qu'elles ont bien voulu traduire dans leurs interventions.

Je remercie également M. Artigues pour son soutien, et pour les propositions qu'il nous a faites. J'ai été très attentif à vos remarques, monsieur Artigues, qui avaient été évoquées, notamment avec M. Prél à l'occasion du PLFSS. Vous devriez trouver, dans le cadre de la conférence de la famille et de la préparation du prochain PLFSS, réponse à nombre de vos interrogations.

La conférence de la famille va constituer l'un des rendez-vous importants, si ce n'est le plus important, de l'année prochaine, Martine Aurillac et Henriette Martinez l'ont rappelé. Trois groupes de travail ont été mis en place.

Un premier groupe s'intéresse à la mise en place de la prestation d'accueil du jeune enfant. Cette prestation repose sur un pilier, la liberté du choix du mode de garde, la liberté de continuer ou de cesser son activité professionnelle.

Il ne s'agit pas ici de privilégier tel mode de garde par rapport à tel autre. C'est un choix qui appartient aux familles. Gardons-nous, en ce domaine, de toute position doctrinaire.

Cette nouvelle disposition sera aussi l'occasion de simplifier les vingt-deux ou vingt-trois prestations familiales existantes, qui, pour la moitié, se rapportent directement à l'enfant. Nous entendons apporter ainsi davantage de transparence à la politique familiale.

Ce premier groupe de travail, présidé par Marie-Thérèse Hermange, est en place depuis maintenant un mois.

Un deuxième groupe de travail se penche, pour sa part, sur les relations entre vie familiale et vie professionnelle, avec notamment une réflexion autour du crédit d'impôt-famille, proposition remarquée du Président de la République, et sur les possibilités d'inciter les entreprises à mener une politique en direction de la famille. Je pense en particulier aux problèmes de garde, avec l'idée de créer des crèches d'entreprise ou de mettre en place des financements croisés entre entreprises privées et collectivités publiques car vous le savez, nombre d'entreprises peuvent se montrer réticentes à créer des crèches en leur sein pour des raisons de coût.

Enfin, un troisième groupe de travail a pour objet les services rendus aux familles. Il s'agit là aussi de simplifier. A ce sujet, je soulignerai le travail important entrepris par la CNAF et les CAF qui ont mené des expérimentations dont il conviendra de s'inspirer.

Voilà le cadrage général de la préparation de cette conférence de la famille.

J'en viens maintenant aux mesures nouvelles.

Le PLF a inscrit une mesure sur les emplois familiaux. Porter le plafond de défiscalisation des emplois familiaux de 6 900 euros à 10 000 euros, ce n'est pas une mesure sélective, comme certains voudraient le faire croire. Cela concerne 1,2 million d'employeurs. Je ne pense pas qu'on puisse parler d'une caste privilégiée.

Ensuite, il est prévu de doubler la défiscalisation des grands-parents en direction de leurs petits-enfants, la défiscalisation portant désormais sur 30 000 euros. Actuellement, les donations grands-parents et petits-enfants sont au nombre de 100 000. On peut imaginer que ce chiffre va sensiblement augmenter avec la mesure que nous proposons, et qui concerne directement les familles.

Par ailleurs, la baisse, évoquée par plusieurs d'entre vous, de l'impôt sur le revenu concerne, elle aussi, les familles en premier lieu.

M. Pierre Forgues. Oui, mais quelles familles ?

M. le ministre délégué à la famille. Celles qui paient des impôts, cher collègue, c'est-à-dire la moitié des foyers français ! Quand les impôts baissent, cela concerne les gens qui paient des impôts, je me permets de vous l'expliquer car j'ai l'impression que vous n'avez pas bien compris. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

Mme Hélène Mignon. Nous n'avons que trop bien compris !

M. Pierre Forgues. Combien de foyers qui paient des impôts ont des enfants ?

M. le ministre délégué à la famille. J'ajoute à cela la mesure prise dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale sur les grands enfants et les familles nombreuses, à partir de trois enfants, qui prolonge le versement des allocations familiales pour les enfants majeurs jusqu'à vingt-deux ans pour un montant de 70 euros.

Jean-François Mattei l'a indiqué à plusieurs reprises, c'est un budget sincère, ce qui constitue un vrai changement par rapport à la pratique précédente. Je ne prendrai qu'un exemple, celui de l'allocation de parent isolé que plusieurs d'entre vous ont évoquée : vous aviez juste oublié d'inscrire la bagatelle de 35 millions d'euros dans le budget. Nous avons dû réparer cet oubli en loi de finances rectificative.

M. Pierre Forgues. Vous n'allez pas modifier le budget d'aujourd'hui, peut-être !

M. le ministre délégué à la famille. Cette insincérité de votre budget a entraîné une augmentation de 8,8 %. Les chiffres sont là.

Mme Hélène Mignon. Vous voulez qu'on reprenne le budget de 1997 sur la famille ?

M. Gilbert Meyer. Oh, arrêtez de tricher !

Mme Hélène Mignon. C'est vous qui ne cessez de tricher.

M. le ministre délégué à la famille. D'autres sujets ont été évoqués, les tutelles, les curatelles. Mais beaucoup d'autres projets vont être mis en place ou le sont déjà par le biais des groupes de travail. J'insiste particulièrement sur celui qui se préoccupe des attentes, anciennes et fort légitimes, des assistantes maternelles.

Le dossier était resté en latence. Nous l'avons repris, un groupe de travail est d'ores et déjà en place. Nous devrions être capables, dès le printemps prochain, à l'occasion de la conférence de la famille, de faire des propositions très concrètes. Tout comme nous ferons des propositions, d'une manière plus générale, sur les métiers de la petite enfance.

Quant à l'intervention de Ségolène Royal, je ne sais pas s'il faut vraiment y revenir.

Mme Maryse Joissains-Masini. Non, cela ne vaut pas la peine !

M. le ministre délégué à la famille. Je le ferai avec humour.

Mme Geneviève Perrin-Gaillard. Chiche !

M. le ministre délégué à la famille. Telle la marionnette - trois petits tours et puis s'en va -, elle est venue, elle a déversé son venin et elle est partie, comme à chaque fois.

Mme Hélène Mignon. Ce n'est pas du venin, c'est la vérité ! Ce ne sont pas des propos qu'un ministre devrait tenir !

M. le ministre délégué à la famille. Ce sera mon mot de conclusion. Merci. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées.

Mme Marie-Thérèse Boisseau, *secrétaire d'Etat aux personnes handicapées*. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, de nombreuses interventions, souvent très intéressantes, ont porté sur le handicap. Je vais essayer de répondre à un certain nombre d'entre elles. Je compléterai mon propos, pour ne pas me répéter, à l'occasion des questions qui seront posées tout à l'heure.

M. Bapt a parlé d'augmentation et de gel des crédits. C'est l'éternelle bagarre des chiffres. En fait, le budget du handicap est regroupé sous un seul chapitre, le chapitre 46-35.

Je le répète, ce budget augmente de 5,8 % si on ne prend que les crédits non déconcentrés, les crédits déconcentrés et les CAT, et de 5,6 % si on ajoute l'allocation aux adultes handicapés et le fonds spécial d'invalidité.

Le 15 février 2002, un gel dit républicain a été décidé, qui a concerné 400 postes d'auxiliaire de vie et 8 millions d'autorisations de programme pour investissements, dans les établissements. C'est presque la totalité du budget pour les personnes handicapées qui a été gelée, à l'exception de 19 millions. Ce manque à gagner, si j'ose dire, ne permet pas aux CAT publics qui sont peu nombreux de passer aux 35 heures et de régler quelques contentieux au niveau de la tarification. Mais, pour l'essentiel, le budget 2002 sera appliqué.

Pour 2003, qu'on ne nous fasse pas de procès d'intention ! J'en reste aux annonces faites tout à l'heure : 30 % des crédits déconcentrés, 3 000 places supplémentaires en CAT et un ONDAM qui augmente de 6 %. Voilà ce que prévoient le projet de loi de finances pour 2003 et le PLFSS. Et je suivrai de très près l'exécution de ces crédits. Je vous donne rendez-vous à l'année prochaine.

Monsieur Chossy, je vous remercie d'avoir reconnu l'effort réel que réalise le Gouvernement. Vous avez émis le vœu – que je partage – de pouvoir suivre le handicap, si j'ose dire. On connaît mal, c'est vrai, les besoins et on connaît tout aussi mal le niveau de l'offre, notamment en places en établissement. Je compte demander aux DDASS et aux DRASS de me faire régulièrement le point sur ces sujets. Il n'est pas pensable que l'on ne puisse pas savoir, par département, le nombre de personnes handicapées, les types de handicaps, les besoins et les propositions de réponse. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.)*

M. Pierre Forgues. Très bien ! C'est une bonne chose !

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Vous avez également souhaité, comme M. Goulard, pouvoir suivre, au-delà des engagements, l'utilisation concrète et effective des crédits. Messieurs les députés, je m'engage à faire le point, fin 2003, de l'utilisation réelle des crédits, du nombre de postes et de places effectivement créés. Cette transparence me paraît essentielle, vous avez raison de la réclamer. J'essaierai de vous donner satisfaction de la manière la plus précise et la plus rigoureuse possible.

Monsieur Chossy, vous avez fait état de l'impatience des associations concernant la réforme de la loi de 1915. Je la connais, et je vous répète ce que je leur dis chaque fois que je les rencontre, à savoir qu'elles seront associées à l'élaboration de cette nouvelle loi. Nous ne ferons une bonne loi que si nous la faisons ensemble et le rôle des associations est essentiel.

M. Jean-Luc Warsmann. Très bien !

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Sur l'allocation d'éducation spéciale, je rappelle la réforme d'avril 2002, qui a fait passer le nombre des compléments de trois à six. La direction générale de l'action sociale est en train d'évaluer cette réforme. Il semble qu'il y ait des difficultés, sans qu'à ce jour on puisse dire si elles sont limitées à quelques départements ou si elles concernent toute la France. Si vous le voulez bien, là encore nous ferons le point sur ce sujet en début d'année.

Je remercie Mme Fraysse d'avoir reconnu que l'augmentation de 5,6 % – elle ne conteste pas ce chiffre, monsieur Bapt – allait permettre de rattraper un peu notre retard en matière de handicap.

Elle réclame une revalorisation de l'allocation adulte handicapé. Mais on ne peut pas tout faire : gouverner, c'est établir un ordre de priorité et s'y tenir.

Mme Maryse Joissains-Masini. Tout à fait !

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Ma priorité pour cette année c'est la création de places en établissements et l'augmentation du nombre de postes d'auxiliaires de vie, qui permettront aux personnes handicapées de choisir le mode de vie qui leur convient le mieux, et c'est le plus souvent le maintien à domicile.

Je remercie Mme Marland-Militello d'avoir souligné avec force notre volonté d'assurer l'intégration sociale des personnes handicapées. Elle a insisté aussi sur la question des auxiliaires de vie et sur le non-cumul de l'allocation adulte handicapé avec un revenu d'activité. Je reviendrai dans un instant, en répondant aux questions de nos collègues, sur l'absence de dégressivité, qui n'incite pas à l'activité, et sur d'autres problèmes tout aussi importants.

Monsieur Artigues, vous avez parlé des sites de la vie autonome. Notre objectif est de doter tous les départements avant la fin de l'année 2003. Il ne s'agira pas nécessairement de sites identiques, il vaut mieux laisser fleurir des initiatives adaptées à la configuration de chaque département. On peut imaginer par exemple qu'une association ou un opérateur particulier en soit *leader*. A chaque département, si j'ose dire, son site de la vie autonome. Mais l'objectif à terme, c'est qu'au-delà des aides techniques ces sites apportent le plus de services possible aux personnes handicapées et qu'ils soient un lieu d'information et d'échange, propres à leur éviter l'habituel « parcours du combattant ».

Vous avez rappelé que la France, à l'inverse des autres pays d'Europe, avait privilégié une réponse institutionnelle – je résume vos propos – aux problèmes de handicap. Il est vrai que la loi de 1975 visait à ce que le maximum de personnes handicapées soient accueillies en établissement. Mais vous avez pu constater que ce projet de budget constitue déjà l'amorce d'une rupture avec cette politique. Certes je créerai de nouvelles places en centres d'aide par le travail et en maisons d'accueil spécialisées, parce qu'il y a urgence, nous le savons tous.

Mais parallèlement un effort est initié – ce n'est qu'un début, mais nous l'amplifierons dans les années à venir – vers une action d'accompagnement humain des personnes handicapées à tous les niveaux, leur assurant une meilleure intégration scolaire, professionnelle et sociale, leur permettant autant que possible de vivre comme elles l'entendent.

Pour vous, la région est le niveau pertinent de gestion du handicap. Je ne partage pas votre avis. Je pense en effet que le département reste l'échelon territorial de référence pour la planification des établissements et l'organisation des services aux personnes handicapées.

Plusieurs députés du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle. Eh oui !

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. D'abord par sa taille, la région constitue un niveau de décision déjà trop éloignée de la personne handicapée. En outre, historiquement, les personnes handicapées relèvent de l'aide sociale, qui est l'affaire du département. Et puis la répartition actuelle des compétences fait qu'un tiers des dépenses sont départementales. La région reste cependant utile dans le domaine de la formation professionnelle, mais son rôle, à mes yeux, est beaucoup moins stratégique que celui du département, et même que celui des communes, qui doivent rester le lieu des premières solidarités, absolument essentielles.

Madame Mignon, je ne répondrai pas à toutes vos nombreuses questions, mais nous aurons vraisemblablement l'occasion d'y revenir. Vous avez souligné le décalage entre le moment où les comités régionaux de l'organisation sanitaire et sociale rendent leur avis et la décision

de financement. Nous avons tous, sur le terrain, souffert de ce décalage, qui fait que les financements arrivent, dans le meilleur des cas, des années après l'avis favorable. C'est pourquoi, la loi du 2 janvier 2002 sur les institutions sociales et médico-sociales, dont on attend les décrets d'application, dispose qu'aucun dossier ne pourra plus être inscrit si son financement n'est pas prévu.

En outre, dans la mesure où nous augmentons le nombre de places dans les établissements, j'ose espérer que, *ipso facto*, les délais diminueront. Mais je reconnais que c'est un réel problème.

Vous avez parlé de la question de l'accessibilité, tant des lieux publics que des services. L'accessibilité des lieux publics est un élément essentiel d'intégration des personnes handicapées. C'est pourquoi M. Bussereau, secrétaire d'Etat en charge des transports, et moi-même avons missionné un parlementaire pour qu'il nous fasse des propositions dès le début de l'année prochaine en matière d'accessibilité des transports. Certes, ce n'est qu'une réponse partielle. L'accessibilité des services, notamment pour les personnes sourdes et malentendantes, demande d'énormes investissements, notamment humains. Il faut évidemment vulgariser la langue des signes, sans que cela soit systématique. Est-ce répondre à côté que de dire tout l'espoir que je mets dans les avancées scientifiques et technologiques, qui permettront de soigner davantage le sourd. C'est du moins un élément de réponse. (*Murmures sur les bancs du groupe socialiste.*)

Vous avez insisté aussi sur l'intégration des enfants handicapés dès leur plus jeune âge. Je partage votre analyse. Lors de mes fréquents déplacements sur le terrain, j'ai eu l'occasion de visiter des crèches municipales où le maire a petit à petit imposé la présence d'enfants handicapés, dont certains lourdement, moyennant une formation complémentaire du personnel encadrant ; je peux vous assurer que cette expérience est une réussite, et que le personnel ne reviendrait pour rien au monde en arrière tant il est heureux d'accueillir ces enfants. Je tiens à féliciter ceux qui sont à l'origine de ces initiatives positives et j'en encouragerai fortement la multiplication. Il faut que l'enfant handicapé puisse être accueilli dès que possible en milieu ordinaire et ne soit pas séparé de ses petits camarades, même si cela nécessite parfois un accompagnement assez lourd.

Le vieillissement de la personne handicapée est un sujet incontournable, même s'il n'était pas d'actualité en 1975, à une époque où ce problème se posait beaucoup moins qu'aujourd'hui. Là aussi, il faut veiller à ce que l'accompagnement de ces personnes se fasse dans de bonnes conditions. J'y reviendrai au moment des questions. Je suis très sensible aux expériences en la matière, dont certaines, là encore, sont d'authentiques réussites.

Quant à Mme Royal, son intervention ne mérite pas de réponse, tant elle est empreinte de la mauvaise foi la plus caractérisée. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.*)

Je veux corriger le propos de M. Terrasse : ce n'est pas l'ONU qui a initié l'Année du handicap en 2003, puisqu'il s'agit d'une année européenne. Il est vrai que l'ONU est très sensible au problème ; elle va d'ailleurs prochainement examiner une proposition de convention internationale sur le handicap.

Je remercie M. Terrasse d'avoir dit et répété – mais il l'avait déjà précisé lors de discussions précédentes – que la question du handicap dépassait les clivages politiques. C'est dans cet esprit que personnellement je travaille depuis le début.

M. Jean-François Chossy, rapporteur pour avis de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour les personnes handicapées. Il a raison !

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. En revanche, je ne peux pas être d'accord avec lui, quand il parle d'effet d'annonce. Il n'y a dans mes propos aucun effet d'annonce ; j'essaie simplement de coller au plus près au budget qui m'a été alloué, et je veillerai, je l'ai dit à ce qu'il soit utilisé. Il représente un progrès par rapport aux années précédentes, même si ce n'est qu'un petit pas et qu'il reste beaucoup à faire, dans un domaine où les besoins sont immenses.

Enfin, M. Terrasse a posé une question fondamentale à laquelle, pour le moment, je n'ai pas de réponse, en distinguant handicap inné et acquis, d'une part, et handicap social, d'autre part. C'est un réel problème dont la solution demande réflexion.

Je remercie M. Prévost d'avoir mis l'accent sur l'intégration scolaire, qui est une de mes priorités. Je suis intimement persuadée en effet que si les enfants handicapés étaient davantage intégrés en milieu scolaire et dans de meilleures conditions, cela leur permettrait, non seulement de s'épanouir, mais aussi d'acquérir une formation professionnelle plus poussée que ce n'est le cas aujourd'hui, leur intégration professionnelle en serait grandement facilitée, ce que nous souhaitons tous, mais qui est loin d'être la règle aujourd'hui.

Comme j'aime à le rappeler, si les enfants ont l'obligation d'aller à l'école, l'éducation nationale, a, elle, l'obligation absolue d'accueillir tous les enfants, quel que soit leur handicap. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.*)

M. le président. Nous en arrivons aux questions. Mes chers collègues, je vous informe que nous en avons une trentaine à examiner.

Le principe est simple : deux minutes par question, deux minutes par réponse. Je veillerai rigoureusement au respect de ce temps de parole. Ainsi nous pourrions clore nos travaux de façon à permettre au budget prévu pour demain matin d'être examiné dans des conditions normales.

Nous commençons par le groupe des député-e-s communistes et républicains. La parole est à M. Michel Vaxès.

M. Michel Vaxès. Monsieur le ministre, vous le savez, nous avons toujours fait de la lutte contre les exclusions l'une de nos priorités et cela tout particulièrement en matière d'accès aux soins pour les plus démunis.

Le gouvernement précédent a traduit dans la loi l'expression de cette volonté en instituant la couverture maladie universelle. Le groupe communiste avait pleinement participé à l'élaboration de ce texte. Il tient aujourd'hui à sa bonne application.

Ce dispositif devait toucher près de six millions de personnes, qui auraient dû bénéficier d'une prise en charge par l'assurance maladie de base et avoir accès à une couverture complémentaire. Or 4,2 millions de personnes seulement seront réellement concernées fin 2003. C'est déjà bien, mais cela signifie que 1,8 million de nos concitoyens, parmi les plus démunis, restent privés d'une couverture suffisante.

Vous avez pris des mesures pour encourager les assurances complémentaires à rester dans le dispositif, ce qui est un minimum. Vous comprendrez cependant, monsieur le ministre, que nous vous demandions d'aller au-delà et d'élargir le champ de la couverture maladie uni-

verselle de droit aux bénéficiaires de l'allocation adulte handicapé, de l'allocation pour parents isolés et du minimum vieillesse. Nous demandons également que soit relevé le plafond de ressources ouvrant droit au dispositif.

Face à une situation inacceptable, et qui contrevient à l'esprit de la loi, comment comptez-vous monsieur le ministre, améliorer ce dispositif, et le rendre conforme à la démarche qui l'avait inspiré ? Il s'agit là de respecter la continuité républicaine, mais surtout de permettre que la couverture maladie soit vraiment universelle et qu'elle atteigne réellement son objectif : assurer la couverture maladie des six millions de personnes auxquelles elle était destinée.

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé, de la famille, et des personnes handicapées.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le député, d'après les dernières données de la CNAMTS sur les sorties de bénéficiaires de la CMU du mois de juillet, on estime le nombre de bénéficiaires au 31 août 2002 à environ 4,5 millions d'individus tout régime. Si l'on compare ce chiffre au potentiel estimé en 2000 de six millions, le taux de recours à la CMU est de l'ordre de 75 %. Le chiffre de six millions est toutefois à considérer avec prudence : il a été calculé à partir du panel européen des ménages en 1999 basé sur les revenus de 1994, qui n'a pas été corrigé pour tenir compte de l'évolution de la population, faute d'informations suffisantes. En outre, comme l'a souligné le rapport de M. Carcenac, inspecteur général des affaires sociales, des erreurs manifestes d'appréciation ont été commises dans l'évaluation des effectifs des régimes des professions agricoles et des indépendants qui ont conduit à les surévaluer.

Toutefois, il est exact que le taux de recours au dispositif n'est pas de 100 %. M. Carcenac a attribué ce constat à deux facteurs essentiels : l'amélioration de la conjoncture économique et le comportement de certains bénéficiaires.

La situation économique étant désormais moins favorable, il est probable que le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire augmentera légèrement dans les prochains mois. Sur ce dernier point, il faut rappeler que la CMU est une prestation en nature réclamée généralement lorsqu'un besoin de soins s'exprime. Par ailleurs, M. Carcenac estime que certains publics en situation d'exclusion échappent au dispositif.

Les mesures de simplification des ressources, les campagnes d'information, l'implication des associations et des centres communaux d'action sociale devraient permettre de mieux garantir les droits de ces personnes.

Par ailleurs, je vous ai annoncé tout à l'heure une modification du dispositif l'année prochaine, notamment pour éviter l'effet de seuil.

M. le président. Nous en venons à trois questions du groupe UMP.

La parole est à M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. Monsieur le ministre, madame la secrétaire d'Etat, si tous les efforts menés dans le domaine de la santé et en faveur de la famille et des personnes handicapées ont pour but de favoriser et de soutenir la vie, on ne peut toutefois ignorer les moments éprouvants qui conduisent à la séparation et à la mort.

Accompagner une personne en fin de vie nécessite des services, des réseaux, et surtout des hommes et des femmes convaincus que la vie vaut d'être vécue jusqu'au

bout, qui savent prendre en compte la douleur, apaiser les souffrances psychiques et aider à vivre dans la dignité les derniers moments de la vie.

Si les textes sont clairs, et si la loi du 9 juin 1999 notamment précise que toute personne malade a le droit d'accéder à des soins palliatifs et à un accompagnement en institution ou à domicile, la réalité est malheureusement différente, et nous avons un important retard en France en ce domaine. On peut juger, chaque jour, sur le terrain, du faible nombre d'unités en fonctionnement et d'équipes mobiles dans les hôpitaux, ou encore de l'insuffisance des réseaux intervenant à domicile. Ainsi cinquante-trois départements ne disposent pas d'unité spécialisée, moins de la moitié des CHU disposent d'une équipe mobile spécialisée, trente-neuf départements ne proposent pas d'hospitalisation à domicile, dans ma propre circonscription, les douze lits de l'hôpital gériatrique du Val d'Azergues à Alix viennent d'être transférés sur la métropole lyonnaise.

Aujourd'hui, en France, seule une personne sur trois en fin de vie bénéficie par conséquent de soins palliatifs.

Face à cette grave réalité, quelles initiatives comptez-vous prendre, monsieur le ministre, pour assurer un meilleur maillage du territoire en fonction des bassins de population et faire en sorte que toute personne, quel que soit l'endroit où elle vit, accède à ces soins ? Entendez-vous mobiliser les médecins, les directeurs d'hôpitaux pour faire évoluer l'état d'esprit des professionnels et leur formation ? Allez-vous soutenir le travail admirable des infirmières, des aides-soignants et des bénévoles ? Enfin envisagez-vous de développer les réseaux ville-hôpital afin de permettre à bon nombre de nos concitoyens de revenir chez eux, selon leur volonté, et d'apporter ainsi un soutien à leur famille qui vivent des moments particulièrement difficiles ?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le député, la prise en charge des patients en fin de vie constitue une préoccupation constante depuis plusieurs années et a fait l'objet, en 1999, d'une loi votée à l'unanimité dans cet hémicycle. Un premier plan de développement des soins palliatifs a permis d'accroître l'offre de soins palliatifs en tendant à réduire les inégalités entre régions, à développer la formation des professionnels et l'information du public, et à amorcer un processus de soutien en soins palliatifs et en accompagnement à domicile.

Concernant l'offre de soins, des crédits spécifiques ont été alloués pour le développement des soins palliatifs en 2002. L'offre de soins est actuellement constituée sur l'ensemble du territoire de 265 équipes mobiles, dont une trentaine en cours de mise en place, de 1 040 lits de soins palliatifs et de trente réseaux, quatre à titre expérimental et plus de dix en cours de constitution.

Sur le plan de la formation, l'enseignement des soins palliatifs s'est développé. Un module « douleur, soins palliatifs et accompagnement » est maintenant organisé dans le cadre du deuxième cycle des études de médecine. De nombreux diplômés forment chaque année plus de 850 professionnels de disciplines diverses.

Dans le prolongement de ce plan triennal, un nouveau programme national de développement de soins palliatifs a été engagé pour la période 2002-2005. Ainsi, en 2003, le développement de l'offre de soins en unités de soins palliatifs sera poursuivi. Les crédits demandés au titre du projet de loi de financement de la sécurité sociale sont de 22,8 millions d'euros répartis entre les différentes struc-

tures : réseaux, lits identifiés, équipes mobiles et unités de soins palliatifs. Ce nouveau programme devra tendre à mieux coordonner les structures de prise en charge de la douleur et de soins palliatifs.

M. le président. La parole est à M. Alain Ferry.

M. Alain Ferry. Madame la secrétaire d'Etat, le dispositif d'insertion sociale et professionnelle des personnes handicapées ne peut fonctionner correctement qu'avec l'aide de personnels dûment formés aux problématiques du handicap. Vous allez ainsi créer plus de 700 postes d'aidant. Pour les 500 000 adultes vivant à domicile, le rôle rempli par ces personnels, qualifiés ou non, est essentiel car il garantit le droit à la dignité, le respect et la reconnaissance.

Ces personnes doivent cependant savoir accomplir les gestes appropriés à chaque malade. Ainsi, la formation est primordiale. C'est pourquoi vous allez créer un nouveau diplôme d'auxiliaire de vie destiné à celles et ceux qui souhaitent accompagner toutes les personnes en perte d'autonomie, qu'il agisse de personnes âgées, d'adultes ou d'enfants handicapés. Or, je tiens à le rappeler, le poids du financement, notamment de la formation continue, est actuellement supporté par les associations d'aides aux personnes handicapées, avec une contribution des collectivités et des aides de l'Etat, souvent disparates et peu axées sur la formation.

L'Etat doit donc concentrer l'essentiel de ses efforts non seulement sur la formation des personnels que vous entendez embaucher mais aussi de celle des personnes exerçant déjà une activité. A cet égard, un fonds de formation devrait être créé pour assurer le financement par l'Etat de la formation initiale des personnels déjà en place ou nouvellement recrutés et celui d'une formation continue qui permettrait aux différents acteurs d'acquérir les compétences requises et de s'adapter aux nouveaux enjeux du handicap.

M. le président. Votre question, monsieur Ferry !

M. Alain Ferry. La professionnalisation des métiers d'aide à domicile passe par la formation et l'encadrement du personnel. Madame la secrétaire d'Etat, que comptez-vous faire pour le personnel déjà en place qui n'a pas reçu de formation initiale aux métiers d'aide à domicile, tant sur l'aspect médical que psychologique ?

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Monsieur le député, ainsi que vous l'avez rappelé, l'insertion sociale et professionnelle passe manifestement par un dispositif d'accompagnement. Certes, d'autres éléments entrent en ligne de compte mais celui-là est absolument essentiel, et l'intégration, que nous souhaitons tous, des personnes handicapées dans la société ne sera vraiment satisfaisante voire totale que si un accompagnement humain est assuré à différents niveaux.

Les auxiliaires de vie peuvent posséder certains diplômes - CAP, BEP -, mais ne sont pas toujours bien formés aux métiers d'accompagnement. En 2002, un décret a donc précisé le contenu du diplôme d'auxiliaire de vie sociale. La formation des personnes concernées par ce diplôme a cependant été davantage axée sur l'accompagnement des personnes âgées. Pourtant, il concerne aussi les personnes handicapées. Il faudra en conséquence ouvrir des modules de formation à l'accompagnement des personnes handicapées et développer la validation des acquis de l'expérience, cette formule ayant d'ores et déjà donné de bons résultats.

M. le président. La parole est à M. Thierry Lazaro.

M. Thierry Lazaro. Madame la ministre, le projet de budget pour 2003 pour les personnes handicapées prévoit 3 000 nouvelles places dans les centres d'aide par le travail. Les CAT, établissements médico-sociaux destinés à accueillir les adultes handicapés, dont la capacité de travail est égale ou inférieure d'un tiers à ce qui est considéré comme ordinaire pour exercer des activités à caractère professionnel, participent activement à l'insertion sociale des handicapés tout en favorisant leur épanouissement personnel.

Aujourd'hui, il manque malheureusement 20 000 places en CAT sur l'ensemble du territoire. Dans mon département, le Nord, près de 3 000 adultes handicapés sont ainsi inscrits sur des listes d'attente.

Dans le cadre de la répartition géographique des nouveaux moyens, allez-vous prendre en compte la situation d'urgence de ce département qui, en dépit d'indicateurs de santé plus que défavorables, au regard d'autres régions françaises, est souvent victime d'injustice lorsqu'il s'agit de répartir les moyens.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Monsieur le député, il manquerait selon vous 20 000 places de CAT dans notre pays. Je parlerai plutôt de 10 000 à 15 000 places, mais, comme on le disait tout à l'heure, il est très difficile d'avoir des chiffres même approximatifs. Ce qui est certain, en tout cas, c'est qu'il en faudrait plus. A cet égard, un effort important va être consenti en 2003 puisque nous allons créer 3 000 places de CAT, soit le double des créations annuelles. Certes, ce n'est pas du tout à la hauteur des besoins. Mais si nous arrivons à soutenir cet effort pendant cinq ans, j'ai bon espoir de résorber les listes d'attente dans les CAT.

Alors vous dites que 3 000 places manquent dans le Nord. C'est beaucoup. Je sais que les départements du Nord et du Pas-de-Calais sont particulièrement défavorisés en la matière. Mais quelle est la situation réelle de ces 3 000 personnes ? N'y a-t-il pas double compte ? Grâce à des efforts d'innovation ne pourrait-on pas développer le travail à temps partiel ? Cela permettrait d'accueillir davantage de monde dans les CAT. Les personnes handicapées se fatiguent en général plus vite que nous au travail. C'est une des raisons pour lesquelles elles doivent travailler moins longtemps. Il faudrait également établir des passerelles avec les ateliers protégés. Je suis en effet intimement persuadée que toutes les personnes actuellement inscrites en CAT n'y ont pas forcément leur place et que certaines pourraient fort bien travailler en atelier protégé, voire en milieu ordinaire, avec un accompagnement humain.

Monsieur le député, vous avez une approche quantitative, nécessaire bien sûr, mais peut-être pas suffisante de la situation. Il faut aussi une réflexion qualitative. Cela dit, je suis consciente du manque. L'année prochaine, nous nous efforcerons de gommer un peu les déséquilibres parfois importants qui existent entre les départements.

M. le président. Nous en venons aux trois premières questions du groupe socialiste.

La parole est à M. Hélène Mignon.

Mme Hélène Mignon. Monsieur le ministre, les services hospitaliers, toutes spécialités confondues, accueillent, de plus en plus, et en plus grand nombre, des hommes et des femmes âgées qui souffrent de pathologies multiples. Et parce que, aux deux extrémités de sa vie, l'être humain est très fragile, les personnes âgées se retrouvent dans des

situations de grande vulnérabilité. Nous avons tous à l'esprit le cas de cette vieille dame ou de ce vieux monsieur qui décompensent à l'occasion d'une hospitalisation.

La gériatrie mérite donc un réel soutien pour faire face à ces situations. Mme Paulette Guinchard-Kunstler et M. Bernard Kouchner avaient lancé un plan de soutien à la gériatrie dans les hôpitaux, qui comportait notamment la mise en place d'équipes mobiles et un travail particulier dans les services d'urgence. Monsieur le ministre, souhaitez-vous continuer à soutenir la gériatrie ? Quels moyens comptez-vous mettre en œuvre pour le faire ?

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Madame la députée, les crédits d'Etat dédiés à la politique en faveur des personnes âgées sont consacrés à des actions sociales. Ils permettent de financer soit des actions nationales – par exemple, le réseau ALMA, « allô maltraitance des personnes âgées » –, soit les actions menées au niveau local. Je pense à la mise en place des CLIC, guichets d'accueil répondant à une triple logique de proximité, d'accès facilité aux droits et de coordination des interventions auprès des personnes âgées, ou encore au financement des CODERPA et des CORERPA, qui sont des lieux de dialogue et d'information départementaux et régionaux assurant la représentation des personnes âgées. Ces crédits, à hauteur de 23,8 millions d'euros en 2002, sont totalement reconduits en 2003.

Début 2002, en recensait 169 CLIC dans 74 départements. Au titre de la politique d'humanisation des établissements accueillant des personnes âgées et dans le cadre des contrats de plan Etat-région, l'Etat financera ces actions à hauteur de 29 millions d'euros pour 2003.

Par ailleurs, dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, les actions concernant la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées sont poursuivies.

Concernant le dispositif de soins, le programme de prévention et d'organisation des soins pour les personnes âgées dites « fragiles » poursuit trois objectifs : le développement des actions de prévention, l'adaptation de la filière de soins gériatrique aux besoins spécifiques des personnes âgées fragiles et le renforcement de la médecine gériatrique.

L'accent a été mis en 2002 sur la création ou le développement de consultations, de pôles d'évaluation gériatrique et de services de court séjour gériatrique pour 8,3 millions d'euros. En 2003, cet effort sera poursuivi, et les crédits seront mis en place dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale.

M. le président. La parole est à M. Louis-Joseph Manscour.

M. Louis-Joseph Manscour. Ma question porte sur la situation des établissements de santé dans les DOM-TOM, et plus particulièrement en Martinique.

Cette situation, jugée critique, se caractérise par un positionnement géographique à 7 000 kilomètres de la France continentale, qui pèse lourd, avec les difficultés inhérentes à cet éloignement, et qui génère des coûts insurmontables. Il y a aussi la réalité économique marquée par une précarité sociale chronique d'une forte frange de la population : 29 000 RMistes, 20 000 emplois aidés, plus de 50 000 chômeurs. Il y a encore la trésorerie alarmante des hôpitaux, avec une effroyable dette aux fournisseurs – plus de 9 millions d'euros, pour la Marti-

nique – et une base budgétaire insuffisante. Il y a enfin la faiblesse des objectifs : il manque plus de 750 postes pour les hôpitaux, dont 450 pour le seul CHU.

Monsieur le ministre de la santé, vous avez exprimé votre souhait de marquer votre action du sceau de la solidarité. Quelle part de solidarité réservez-vous à tous ceux qui, malades, personnel de santé, population, souhaitent voir ces handicaps corrigés et faire en sorte que la population dans les DOM-TOM puisse bénéficier d'une santé convenable ?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. La situation sanitaire des DOM est structurellement en retard sur celle de la métropole, notamment en matière d'offre hospitalière publique. Pour ces raisons, un rattrapage est nécessaire, en termes de mise à niveau des établissements de santé, de leurs équipements, et de leurs effectifs médicaux et non-médicaux.

Des efforts ont été réalisés ces dernières années, avec une augmentation plus importante par rapport à la métropole d'environ 2 % supplémentaire par an. Il faut bien noter toutefois qu'en 2001 et 2002, ce taux de rattrapage était en baisse : 1,71 % en 2001, 1,24 % en 2002. Je souhaite donc, en 2003, stopper cette tendance à la baisse, et même l'inverser de façon significative.

C'est pourquoi, je vous l'annonce aujourd'hui, le taux de progression de la dotation hospitalière initiale des DOM sera au minimum de 3 % supérieur à celui de la métropole. Le taux de rattrapage des DOM en 2003 sera donc plus de deux fois supérieur à celui de 2002 – 3 % contre 1,24 %. Ce qui donne un taux global initial de progression des DOM autour de 8 %.

Je n'ignore rien cependant des difficultés de trésorerie que rencontrent les principaux hôpitaux de Martinique. L'ARH a d'ores et déjà financé cette année les surcoûts des emprunts de trésorerie. Les études menées en commun par l'ARH et la Trésorerie générale devraient identifier les raisons de cette situation.

S'agissant des investissements, vous savez mon engagement à susciter plus de 6 milliards d'euros d'investissements complémentaires. Les crédits seront gérés régionalement par les ARH, qui seront accompagnés, ainsi que les établissements, par une mission d'appui à l'investissement. Les DOM en général, et la Martinique notamment, seront bien sûr des destinataires particuliers de ces aides.

Enfin, l'accélération des efforts de rattrapages sera d'autant plus justifiée qu'elle reposera sur un ensemble de données objectives. Ainsi, en juin dernier, les ARH des DOM ont lancé avec la direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins des études de coûts qui fourniront de précieux éléments de comparaisons avec la métropole afin d'appuyer notre politique de rattrapage sur des données fiables.

M. le président. La parole est à M. Pierre Forgues.

M. Pierre Forgues. Madame la secrétaire d'Etat, favoriser l'emploi des personnes handicapées c'est créer la condition nécessaire pour assurer leur autonomie et leur intégration dans la société. Or le taux d'emploi des travailleurs handicapés dans les entreprises de plus de vingt salariés varie autour de 4 %, pour une obligation légale de 6 %. Au-delà d'un problème culturel, propre hélas ! à notre pays, cette situation est la conséquence de la loi qui organise elle-même les dérogations. Au lieu d'embaucher un travailleur handicapé, l'entreprise peut en effet verser

une contribution annuelle à l'AGEFIPH ou conclure des contrats de sous-traitance pour divers travaux avec des ateliers protégés.

Il faut donc sortir de l'idée que c'est en créant pour les handicapés un monde à part qu'on règlera au mieux leurs problèmes. Créer de nouvelles places dans les CAT, même si celles-ci sont absolument nécessaires, ne peut être une fin en soi. Nous devons tout faire pour remettre la personne handicapée dans le milieu ordinaire, tout en reconnaissant le droit à une compensation réelle du handicap par la solidarité nationale.

Ma question est double, madame la secrétaire d'Etat. Comptez-vous, d'une part, modifier la loi actuelle pour que les entreprises soient réellement obligées de réserver des emplois aux handicapés ? Entendez-vous, d'autre part, relever les plafonds de ressources appliqués à l'allocation adulte handicapé, pour favoriser l'emploi des personnes handicapées ? Comme vous le savez, en effet, lorsque le montant des ressources de la personne handicapée ou de son conjoint entraîne le dépassement du plafond, l'allocation adulte handicapé est diminuée, voire supprimée, ce qui amène souvent les intéressés à renoncer à leur emploi, ce qui est contraire évidemment à nos objectifs.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Monsieur le député, votre question est particulièrement d'actualité en cette semaine de l'insertion professionnelle des handicapés. Intégrer les personnes handicapées dans un milieu ordinaire de travail : oui, bien sûr, nous y sommes favorables, mais autant que faire se peut. Je ne pense pas que toutes les personnes handicapées puissent être intégrées en milieu ordinaire de travail, même avec un accompagnement. Il faut tout faire pour aller dans ce sens et commencer dès le plus jeune âge, avec une meilleure intégration scolaire et en développant au mieux le milieu professionnel, ce qui permettra à un certain nombre de ces personnes handicapées de court-circuiter, si j'ose dire, le CAT et d'intégrer directement l'atelier protégé, voire le milieu ordinaire.

Cela étant, on ne peut pas nier le handicap. Il faut toujours le prendre en compte et certaines formes de handicap interdisent aux personnes qui le subissent de travailler en milieu ordinaire. C'est pourquoi le CAT semble une réponse adaptée. Je plaide simplement pour qu'existent des formules beaucoup plus souples et qu'il soit possible de sortir des CAT pour travailler en atelier, voire en milieu ordinaire, et inversement.

Certes, nous devons revoir le problème de l'insertion des handicapés dans les entreprises à l'occasion de la réforme de la loi d'orientation de 1975. Je ne suis cependant pas sûre qu'il soit possible d'obliger les entreprises à compter systématiquement dans leur personnel une proportion de 6 % de personnes handicapées. D'ailleurs, le nombre de personnes concernées est-il suffisant pour occuper tous ces postes ?

Dans ce problème qui concerne les mentalités, l'incitation me paraît préférable à la coercition. Il faut, si j'ose dire, apprivoiser les chefs d'entreprise, faire en sorte qu'ils s'adaptent aux handicaps. Vous le savez, 87 % des entreprises ayant accueilli des personnes handicapées en sont heureuses. L'objectif est donc de changer progressivement les mentalités.

En ce qui concerne l'autre partie de votre question, je vous répondrai, si vous voulez bien, en même temps qu'à M. Colombier.

M. le président. Nous en venons au groupe Union pour la démocratie française. La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél. Monsieur le ministre, vous le savez, les Français sont très attachés à notre système de soins. Ils ont raison car nous sommes plutôt bons pour le curatif, même si de nombreux problèmes doivent être résolus, aussi bien dans le secteur hospitalier que dans celui de l'ambulatoire, en matière de démographie médicale ou de permanence de soins.

Vous reconnaissez que les dépenses de santé sont appelées à augmenter et vous avez raison. Claude Le Pen parle à juste titre d'un bien supérieur. Mais cela ne signifie pas que cette augmentation ne doit pas être maîtrisée.

Nous avons supprimé les sanctions collectives et le système injuste des lettres-clés flottantes. Nous nous engageons dans la voie d'une maîtrise médicalisée, avec une responsabilisation individuelle des acteurs. Vous parlez, monsieur le ministre, d'un pari qu'il faut gagner. Avec l'UDF, je souhaite qu'il s'agisse d'un réel engagement, car si cette maîtrise médicalisée devait échouer, nous irions dans le mur.

Or, pour qu'elle réussisse, il convient de disposer des moyens de la juger. Ne pensez-vous pas qu'il est nécessaire de s'engager enfin, avec volontarisme, dans le codage des actes et des pathologies, en faveur des bonnes pratiques médicales et pour le bon usage du médicament ? En ce qui concerne le premier objectif, une condition du codage est que le recueil des données puisse être effectué par un organisme indépendant, reconnu comme tel par tous les partenaires, CNAM et syndicats notamment. C'est pourquoi l'UDF préconise la création d'un « INSEE de la santé ». Qu'en pensez-vous ?

Nous souhaitons tous la réussite de la maîtrise médicalisée. Donnons-nous les moyens d'y parvenir.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur Prél, le sujet que vous évoquez appellerait des développements très nombreux qu'il m'est impossible de détailler ici.

Je veux simplement vous rappeler ceci. On dit souvent qu'il ne faut pas opposer maîtrise médicalisée et maîtrise comptable. Peut-être. Le fond du problème est qu'il faut optimiser les dépenses, faire en sorte que chaque euro dépensé dans le système de soins le soit à bon escient, sur des critères d'efficacité qui ne peuvent relever que d'indicateurs médicaux.

La maîtrise comptable n'a entraîné ni des effets durables en matière de limitation des dépenses de santé ni des conséquences positives en termes de rationalisation du système de soins. Elle a eu des effets délétères sur la démographie de l'ensemble des professions de santé, notamment les médecins et les infirmières. Les instruments de régulation comptable se sont avérés soit injustes, soit inopérants et la fixation d'un ONDAM irréaliste a contribué à démotiver l'ensemble des acteurs. Depuis 1998, malgré ces instruments, l'ONDAM a été systématiquement dépassé, et ce pour une bonne raison : il était fixé à partir des seules préoccupations budgétaires du gouvernement.

La maîtrise médicalisée que j'appelle de mes vœux consiste à mettre l'ensemble des acteurs en situation de responsabilité effective. Je souhaite d'abord – du moins pour les PLFSS à venir – que l'ONDAM devienne un indicateur transparent, cogéré par l'ensemble des acteurs : la représentation nationale, les professions et les établissements de santé doivent savoir à quelles actions et à quelles améliorations souhaitées de notre système de soins

correspond l'effort demandé. C'est l'objet du chantier de la médicalisation de l'ONDAM et du groupe de travail que j'ai mis en place.

L'objectif d'une maîtrise médicalisée exige également une négociation responsable et une culture de cogestion entre partenaires conventionnels.

En ce qui concerne « l'INSEE de la santé » que vous appelez de vos vœux avec une certaine insistance...

M. Jean-Marie Le Guen. ... que l'on pourrait qualifier d'obsessionnelle ! (*Sourires*)

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Non, mon propos n'est pas du tout critique. Simplement, je n'ai pas encore saisi quel pourrait être son rôle, dans la mesure où nous élaborons désormais des références spécialité par spécialité et où la DREES nous a déjà communiqué des éléments intéressants pour dix pathologies. Il importe surtout de rénover le dialogue social.

Vous me demandez, monsieur le député, si la maîtrise médicalisée est pour nous un engagement. Je vous réponds oui, sans hésiter. Le pari que j'ai évoqué est celui des relations de confiance avec les professionnels de santé, et j'espère bien que nous allons le gagner.

M. le président. La parole est à M. Jean-Christophe Lagarde.

M. Jean-Christophe Lagarde. Monsieur le ministre, j'ai déjà eu l'occasion, il y a quelques semaines, de vous interroger au sujet de l'oncologie pédiatrique, et en particulier des problèmes posés par le traitement de l'ostéosarcome.

En ce domaine, la pratique française suit le protocole de la SFOP et consiste en des essais thérapeutiques « randomisés », c'est-à-dire menés sur des enfants tirés au sort par ordinateur dans le but de faire avancer la recherche. Cette méthode serait légitime si le progrès était réel et si le processus était contrôlé démocratiquement, ce qui aujourd'hui ne semble pas être le cas.

J'appelle votre attention sur le fait que les parents d'enfants atteints de ce type de cancer n'ont pas le choix du traitement de leurs enfants. Ils doivent passer par ce moule, et lorsque ce processus thérapeutique défini s'avère inefficace, ce qui revient à condamner l'enfant concerné, les parents n'ont quasiment pas d'autre choix que de retourner chez eux et le voir mourir.

D'autres thérapies sont pourtant possibles, et sont expérimentées aux Etats-Unis ou ailleurs. Des enfants qui, selon le protocole de la SFOP, avaient été considérés comme condamnés et auraient dû être amputés, avec les perspectives très noires que cela impliquait, sont aujourd'hui bien vivants.

Je souhaite simplement vous poser la question suivante : s'agissant de recherches financées sur fonds publics, ce qui est le cas de celles effectuées dans le cadre du protocole de la SFOP, ne pensez-vous pas qu'il serait nécessaire de jouer la transparence, c'est-à-dire de publier, même par étapes, les résultats de ces recherches, qui sont en cours depuis des années, afin d'en évaluer les résultats ?

Par ailleurs, ne pourrait-on accepter une alternative thérapeutique lorsque le protocole de la SFOP est visiblement en échec ? Il est dramatique de voir des enfants obligés d'aller se faire soigner à l'étranger sous le seul prétexte que le protocole unique, voire monopolistique qui est pratiqué en France ne leur convenait pas ? Les enfants ont le droit d'être sauvés, même si cela va à l'encontre de la recherche thérapeutique.

M. le président. La parole est à M. le ministre de la santé.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je sais, monsieur Lagarde, que votre circonscription comprend une unité d'oncologie pédiatrique qui connaît quelques difficultés. Je remarque d'abord que je dispose de très peu de temps, et ensuite qu'il est très difficile de vous répondre dans une telle situation.

D'un côté, en effet, se trouvent les enfants malades et leurs parents, avec la dose de passion que cela suppose, ainsi qu'un médecin convaincu de l'efficacité de ses techniques. De l'autre, un monde médical et scientifique qui essaie de progresser, et qui a besoin pour cela que celui qui met au point une technique fasse la démonstration de son efficacité au travers de protocoles reconnus, validés et transparents.

Monsieur le député, vous ne pouvez pas un seul instant mettre en doute l'intégrité des équipes qui animent les 35 centres d'oncologie pédiatriques de France, dont les protocoles et les résultats sont transparents et comparables à ceux des autres équipes internationales. Il est vrai qu'une équipe médicale, travaillant dans une unité et opérant dans des conditions contestables...

M. Jean-Christophe Lagarde. Difficiles !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. ... prétend qu'elle obtient de meilleurs résultats. Mais pour l'instant elle n'y parvient pas à l'aide d'un protocole transparent et ne fait pas état d'évaluations convaincantes.

Monsieur le député, je vous demande de me croire, car je ne connais pas de communauté scientifique qui refuserait le progrès et n'adopterait pas une technique se révélant meilleure. Quoi qu'il en soit, j'ai demandé une expertise européenne sur les méthodes en question. Et croyez-moi, ce que je cherche, c'est l'intérêt des enfants et de leurs familles.

M. Jean-Luc Prél. Très bien !

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prél, pour une courte question.

M. Jean-Luc Prél. Je souhaite interroger le Gouvernement sur sa politique en faveur des personnes handicapées. En ce domaine, la solidarité nationale doit être clairement affirmée, et vous l'avez fait, madame la secrétaire d'Etat. Mais la réponse ne semble pas à la hauteur des besoins. Les familles expriment une grande attente, qu'il s'agisse du maintien à domicile, de l'enseignement, des places en instituts médico-éducatifs – compte tenu des effets pervers de l'amendement Creton – ou dans les centres d'aide par le travail. Des besoins existent aussi en Vendée, dont je vous ai déjà parlé.

Une réforme des COTOREP est, elle aussi, nécessaire. J'ai noté votre promesse de réformer prochainement la loi d'orientation de 1975 ainsi que votre engagement clair en faveur de la solidarité nationale.

Je souhaite vous interroger plus précisément sur le complément de l'allocation adulte handicapé, dont le rôle est important pour permettre le maintien à domicile. Il est destiné à aider les personnes handicapées à couvrir les dépenses nécessaires à leur adaptation à une vie autonome à domicile. Son niveau est aujourd'hui insuffisant pour assurer une réelle compensation des surcoûts liés au handicap.

De plus, certaines catégories de personnes handicapées sont actuellement exclues du dispositif en raison des conditions d'attribution fixées par l'article L. 821 du code de la sécurité sociale.

Madame la secrétaire d'Etat, le Gouvernement prévoit-il que les personnes handicapées pourront bénéficier d'une compensation intégrale des surcoûts liés à leur handicap ? Pensez-vous que les conditions d'attribution du complément d'AAH doivent être revues afin d'étendre le bénéfice de cette prestation à l'ensemble des personnes handicapées vivant de façon autonome à domicile - et ce, quelle que soit la nature de la prestation de base perçue - et de revaloriser fortement le montant du complément de l'AAH ?

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat, pour une réponse courte.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Monsieur le député, on ne peut pas répondre aux besoins en un seul jour, ni même en une seule année ou en un seul budget. Le chantier du handicap est immense et les priorités innombrables. J'ose espérer que dans cinq ans nous aurons fait beaucoup de progrès dans plusieurs domaines. Mais nous sommes obligés d'établir des priorités.

Je l'ai dit tout à l'heure, la revalorisation de l'AAH et de son complément ne sont pas à l'ordre du jour pour le moment. Les priorités sont ailleurs. Pour faire court, il s'agit de la création de places en CAT ou en maisons d'accueil spécialisées, mais aussi des postes d'auxiliaires de vie.

Nous réfléchissons à la réforme de l'AAH, et surtout à la compensation du handicap, une notion que nous sommes en train d'approfondir et qui sera l'un des axes de la réforme de la loi de 1975. Il est juste que le handicap soit compensé si l'on veut une intégration totale de nos personnes handicapées dans la société.

En ce qui concerne la Vendée, les représentants d'un de ses pays a été reçus au cabinet. Cinq places pour artistes ont été ouvertes à Montaigu en 2002.

M. le président. La parole est à Mme Martine Billard.

Mme Martine Billard. Madame la secrétaire d'Etat, les membres de la représentation nationale ne peuvent que se satisfaire de la volonté proclamée par le Président de la République d'inscrire comme l'une des trois grandes priorités de son quinquennat la compensation des handicaps et l'amélioration de l'intégration des personnes handicapées. Au nom des députés verts, j'espère que le travail visant à moderniser la loi du 30 juin 1975 permettra de dégager des perspectives pluriannuelles plus lisibles dans la prise en charge du handicap par la communauté nationale.

Parmi mes diverses interrogations sur l'étendue de l'engagement concret du Gouvernement en faveur des personnes handicapées, je voudrais attirer votre attention sur la question de l'intégration des enfants handicapés en milieu scolaire grâce au soutien d'auxiliaires. Vous l'avez indiqué, c'est une de vos priorités. Or les auxiliaires dits scolaires occupent le plus souvent des postes d'emplois-jeunes, appelés à disparaître du fait des orientations de politique économique et sociale de votre gouvernement. Vous en êtes d'ailleurs consciente puisque le 17 octobre 2002, le ministère de l'éducation nationale et le secrétariat d'Etat aux personnes handicapées ont installé conjointement un groupe de travail interministériel en vue de faire des propositions sur la pérennisation de ces emplois en 2003. Cela étant, M. le ministre de l'éducation nationale a annoncé en séance le 22 octobre que le Gouvernement travaillait pour financer « jusqu'à 6 000 aides-éducateurs à la rentrée 2003 en plus des 1 200 temps pleins existants ».

Or l'actuel projet de loi de finances fait apparaître la création de seulement 500 nouveaux postes d'auxiliaires à l'intégration scolaire. Les autres postes seront-ils créés en cours d'année ou à la rentrée 2003 ? Certains postes seront-ils pris en charge sur le budget du ministère de l'éducation nationale ? Pouvez-vous, madame la secrétaire d'Etat, nous éclairer sur cette question ?

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Madame Billard, l'intégration scolaire, je ne me laisserai pas de le dire, est une de mes missions prioritaires. On le sait, tout commence dès l'enfance. Une meilleure intégration scolaire contribue davantage à l'épanouissement des enfants, les préparant ainsi à une vie adulte se déroulant au maximum en milieu ordinaire.

Le Gouvernement a, effectivement, décidé la disparition à terme des emplois-jeunes, ce que j'approuve. Toutefois, s'agissant des auxiliaires de vie scolaire, les emplois-jeunes seraient maintenus jusqu'à la fin de l'année 2003. Parallèlement, vous l'avez dit, j'ai mis sur pied le 17 octobre, avec Luc Ferry, un groupe de travail qui doit nous donner ses conclusions en début d'année prochaine sur la création d'un nouveau métier d'auxiliaire de vie scolaire ou d'aide-éducateur.

En fait, les 6 000 postes dont vous parlez sont des postes créés par l'éducation nationale. Aujourd'hui, les auxiliaires de vie scolaire dépendent d'une part du ministère de l'éducation nationale, d'autre part de mon secrétariat d'Etat, par le biais d'associations. C'est ainsi que l'éducation nationale avait cette année 1 100 postes d'auxiliaires de vie à temps plein, 2 000 à temps partiel et que, de mon côté, j'avais 2 000 auxiliaires de vie qui étaient employés par des associations. Quand je parle de la création de 500 nouveaux postes d'auxiliaires de vie scolaire, c'est au titre de mon secrétariat, et cela se cumule avec les postes de l'éducation nationale.

M. le président. Nous revenons aux questions du groupe UMP. La parole est à M. Gilbert Meyer.

M. Gilbert Meyer. En matière de santé et de famille, nous devons appréhender l'environnement de nos concitoyens lorsqu'ils sont pris en charge par nos établissements hospitaliers. Ceux-ci connaissent des situations budgétaires si difficiles qu'on se demande quelle qualité de soins ils peuvent encore assurer. Or l'Etat doit être le garant de la qualité des soins que nous devons à nos concitoyens. J'insiste, monsieur le ministre, puisque vous venez encore d'évoquer la loi de programmation de la santé.

Les difficultés sont d'abord causées par les dépenses en forte augmentation : le renchérissement des produits spécifiques tels les produits sanguins, l'impact des innovations thérapeutiques, la généralisation des traitements particulièrement coûteux, la multiplication des normes de protection qui imposent la généralisation des matériels à usage unique, le coût très élevé des équipements médicaux de plus en plus sophistiqués et de leur maintenance. Les établissements doivent dorénavant recourir à des redéploiements internes massifs de crédits aux dépens de l'investissement. Quel avenir peuvent-ils envisager ?

Un autre aspect est celui des contrats d'assurance. Nous en avons déjà parlé, l'accroissement des risques hospitaliers et la multiplication des actions contentieuses ont entraîné une inflation sans précédent des primes d'assurance.

On peut également pointer le coût des diverses mises en conformité. Les établissements hospitaliers sont inquiets devant l'accumulation des mesures prises par les pouvoirs publics pour mettre à jour les conditions techniques de fonctionnement de certaines activités.

M. le président. Votre question, monsieur Meyer !

M. Gilbert Meyer. J'en suis à une minute trente, monsieur le président ! *(Rires.)*

Le financement ciblé de ces opérations risque de détourner une partie de l'enveloppe nationale hospitalière au détriment de la pérennisation des moyens de reconduction, notamment pour les dépenses médicales et pharmaceutiques.

Dès lors, monsieur le ministre, pouvez-vous me faire connaître les mesures que vous envisagez pour remédier à ces problèmes ?

Monsieur le président, ma question a duré moins de deux minutes !

M. le président. Deux minutes dix, monsieur Meyer ! *(Sourires.)*

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le député, la question que vous avez évoquée conduit à aborder le financement des dépenses médicales et pharmaceutiques qui relève de l'objectif national des dépenses d'assurance maladie et du PLFSS. Cependant, je peux d'ores et déjà vous indiquer que le taux d'évolution prévu pour l'hôpital, soit 5 % en 2003, représente un effort important, car il vient après un versement exceptionnel supplémentaire de 300 millions d'euros en 2002. Ce taux comprend un financement pour le progrès médical à hauteur de 200 millions d'euros.

Concernant l'investissement, la relance des investissements hospitaliers répond à une préoccupation forte du Gouvernement. C'est pour cette raison que, conformément aux engagements du Président de la République, dès 2003, nous mettrons en œuvre la première tranche du plan d'investissement Hôpital 2007 pour un montant de 1 milliard d'euros. Ce plan associera d'une part un apport en capital par le biais du Fonds de modernisation des établissements de soins – pour 300 millions d'euros – et d'autre part des apports en exploitation à hauteur de 70 millions à titre pérenne pour vingt ans qui permettront de réaliser 700 millions d'emprunt.

Ce plan se distinguera du FIMHO dont nous avons parlé tout à l'heure par trois caractéristiques principales : procédure déconcentrée, car confiée aux ARH, création d'une mission d'appui national pour l'investissement afin d'aider les établissements à élaborer leurs projets et leurs contacts et montant nettement supérieur. Le FIMHO représentait un appui moyen de 100 millions d'euros par an. L'appui proposé aux établissements par le plan « Hôpital 2007 » représente dix fois plus.

Vous avez abordé un problème important : celui du contrat d'assurance. J'ai le plaisir de vous annoncer que le Sénat a voté cet après-midi en première lecture la proposition de loi présentée par le Sénateur About qui permet de normaliser la question de la responsabilité civile des établissements et des professionnels. Notre assemblée aura à se prononcer sur ce texte dans quelques jours. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle et du groupe Union pour la démocratie française.)*

M. Gilbert Meyer. Merci, monsieur le ministre.

M. le président. La parole est à M. Jacques Remiller.

M. Jacques Remiller. Mon propos, monsieur le ministre, est d'attirer votre attention sur les difficultés que rencontrent aujourd'hui les établissements hospitaliers dans le cadre de leur recrutement. En effet, la parution au *Journal officiel* des postes disponibles n'ayant lieu qu'une fois par an, ces établissements se trouvent pénalisés du fait de l'allongement parfois excessif de la procédure de recrutement. Alors que les établissements privés peuvent recruter un praticien en une semaine, les établissements publics doivent parfois patienter plus de quatorze mois pour pourvoir au remplacement d'un médecin, ce qui pose des problèmes de fonctionnement dans certains établissements.

Il me semblerait légitime que les postes disponibles paraissent au *Journal officiel* deux fois par an, comme cela était le cas il y a peu, et que, dans un futur proche, l'interlocuteur privilégié des établissements publics en matière de recrutement soit l'Agence régionale hospitalière.

Quelles mesures, monsieur le ministre, entendez-vous prendre afin que se rétablisse une certaine équité entre établissements publics et établissements privés pour le recrutement de personnels ?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le député, la procédure de recrutement des praticiens hospitaliers est effectivement longue et lourde, car totalement centralisée au plan national. Ainsi, d'un côté, la lourdeur de la fonction publique, de l'autre, la capacité du secteur privé à décider pratiquement dans l'instant ce dont il a besoin.

La publication actuelle des postes est unique en raison du volume important de ceux-ci chaque année – 4 600 pour l'année écoulée – et du nombre d'avis à recueillir au plan local – celui des commissions médicales d'établissement, des conseils d'administration – et également au plan national, notamment celui des commissions statutaires. Je rejoins donc votre préoccupation de simplifier et de raccourcir ces procédures administratives. Dans le cadre du plan « Hôpital 2007 », nous mettrons en chantier la déconcentration d'un certain nombre de procédures aujourd'hui centralisées, afin de redonner aux établissements une souplesse de gestion et une réactivité qui leur manquent.

En attendant la concrétisation de ces évolutions majeures, je vous rappelle qu'aujourd'hui les établissements peuvent, dès qu'un poste est autorisé par l'ARH, recruter, dans l'attente de leur nomination officielle, des praticiens sur des postes de praticiens hospitaliers à titre provisoire ou de praticiens contractuels.

Cela étant, vous avez eu raison de poser cette question. Nous voulons effectivement simplifier ces méthodes de recrutement.

M. Jacques Remiller. Je vous remercie, monsieur le ministre, pour votre efficacité.

M. le président. La parole est à Mme Juliana Rimane.

Mme Juliana Rimane. Monsieur le ministre, la situation sanitaire en Guyane est particulièrement préoccupante : hôpitaux surchargés, centres de soins précaires et manquant de matériel et de médicaments, personnel insuffisant ou inexpérimenté.

Les missions parlementaires et ministérielles qui se sont succédées ces dernières années en Guyane ont alerté vos prédécesseurs sur cet état de délabrement. Elles ont toutes préconisé un plan de rattrapage d'urgence dans le domaine des infrastructures sanitaires et sociales et une meilleure prise en compte des spécificités guyanaises pour

pouvoir répondre avec efficacité aux difficultés locales. Malheureusement, ces recommandations n'ont pas été suivies d'effet et la situation continue à empirer, du fait notamment de la pression démographique et d'une émigration clandestine massive.

Les chiffres sont impitoyables : l'espérance de vie est de quatre ans inférieure à celle de la métropole, le taux de mortalité infantile et périnatale y est trois fois plus élevé, la mortalité y est aussi plus importante pour toutes les maladies. Plus grave, les maladies infectieuses qui ont disparu en métropole persistent à l'état endémique en Guyane ou réapparaissent régulièrement. La pollution par le mercure et le cyanure continue à faire des ravages parmi les populations du fleuve.

Par ailleurs, déplorant l'absence de service de cancérologie en Guyane, je vous ai adressé un dossier sur la mise en place d'un réseau de prise en charge de cette spécialité dans le département, pour éviter les évacuations sanitaires traumatisantes pour les malades. Quelles suites envisagez-vous de lui réserver ? D'une manière générale, quels moyens comptez-vous affecter à la Guyane afin d'améliorer durablement l'état de santé précaire de sa population ?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Madame la députée, si la situation sanitaire de la Guyane demeure préoccupante, il convient de noter qu'elle présente des caractéristiques fortes.

D'une part, du fait d'une structure jeune de la population, le taux de mortalité - 3,3 décès pour mille habitants - est nettement inférieur au taux moyen observé aux Antilles et en France : respectivement 5,4 et 9,2 pour mille habitants.

Deuxièmement, depuis 1995, l'espérance de vie à la naissance a progressé de six ans pour les femmes et de cinq ans pour les hommes.

Troisièmement, les trois grandes causes de surmortalité par rapport à la France sont les affections cardiovasculaires, les causes extérieures de traumatisme et les pathologies infectieuses.

Afin de répondre aux enjeux sanitaires que vous avez, à juste titre, soulignés, l'action déjà entreprise doit être prolongée dans plusieurs directions.

Dans le domaine de la périnatalité, tout d'abord, le déploiement du dispositif « télésanté » permettra de relier les centres de santé isolés et les hôpitaux de manière à mettre à disposition le savoir médical là où il est nécessaire. La demande de financement effectuée à ce titre - 305 000 euros - sera défendue par mon ministère début décembre devant le comité interministériel de l'aménagement du territoire.

En matière de cancérologie, ensuite, le dossier présenté par la Ligue contre le cancer est un bon projet et j'y suis favorable. J'ai demandé à l'agence régionale d'hospitalisation d'entamer dans les plus brefs délais le travail de concertation non seulement avec les partenaires locaux, mais aussi avec les centres hospitaliers des Antilles.

Enfin, madame la députée, je suis en mesure de vous annoncer que le taux de progression de la dotation régionale, qui est finalement l'élément le plus important pour répondre à votre question, sera supérieur au taux national d'environ 6 %.

M. Jean-Luc Warsmann. Très bonne réponse !

M. le président. Nous revenons aux questions du groupe socialiste.

La parole est à Mme Geneviève Perrin-Gaillard.

Mme Geneviève Perrin-Gaillard. Monsieur le ministre, l'agent responsable du cancer du col de l'utérus est un papillomavirus. C'est d'ailleurs, je crois, le seul cancer dont l'étiologie virale est bien définie. Il est donc possible aujourd'hui de procéder à une recherche systématique de ce virus, d'assurer le suivi des femmes porteuses de celui-ci et de mettre en place des mesures de prévention permettant de lutter contre ce fléau. Or il se trouve que la France, contrairement à d'autres pays européens, est très timide en la matière. Certaines équipes ont pourtant fait des recherches qui se révèlent positives.

Je voudrais donc savoir si la France compte s'engager de façon dynamique dans une recherche systématique du papillomavirus chez les femmes - comme chez les hommes, puisque, vous le savez comme moi, le virus est présent chez eux aussi - afin de mettre en place des mesures de prévention contre ce cancer.

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Madame la députée, les trois cancers aujourd'hui dépistables sont le cancer du sein, le cancer recto-colite et le cancer du col de l'utérus, et c'est dans ce cadre, je crois, que vous situez votre question.

Le papillomavirus est un facteur de risque dont le rôle causal est reconnu dans le cancer du col de l'utérus. C'est pour cela que je resitue votre propos. La commission d'orientation sur le cancer se penche sur son intérêt, mais - et c'est le principal problème rencontré - la lecture du test de détection du virus n'est pas parfaitement standardisée. Avant de l'utiliser dans le cadre d'un dépistage de masse et de l'inscrire à la nomenclature, il faut naturellement achever son évaluation scientifique, ce à quoi la communauté scientifique s'emploie. Si l'on arrive à standardiser l'examen, il conviendra alors d'envisager son utilisation pour le dépistage systématique de la population.

C'est effectivement un plus par rapport au dépistage systématique du cancer du col de l'utérus. Je fais d'ailleurs remarquer que, contrairement au cancer du sein et au cancer recto-colite, celui-ci est le plus dépisté, parce que les femmes suivent une pratique contraceptive et qu'elles ont des examens réguliers de par leur mode de vie.

La question que vous avez soulevée est importante. Je ne suis pas encore en mesure de vous dire si ce test sera utilisable d'une manière générale ou pas mais je l'espère.

M. le président. La parole est à M. Jean-Claude Viollet.

M. Jean-Claude Viollet. Les services d'auxiliaires d'intégration scolaire ont démontré leur utilité à travers leur triple fonction d'accompagnement éducative, d'aide à la socialisation et à la communication. A ce jour, dans notre département de la Charente, le financement de ces emplois repose, pour l'essentiel, sur des fonds d'Etat dans le cadre du dispositif emplois-jeunes, le complément de salaire, sur la base du SMIC, étant assuré par des fonds d'entreprises, en l'occurrence EDF. Le surcoût du salaire, pour respecter la convention collective applicable, ainsi que les charges relatives au fonctionnement et à l'encadrement du service, y compris la formation, pèsent sur l'association départementale des pupilles de l'enseignement public, gestionnaire du service qui, de ce fait, a envisagé un moment de renoncer à son engagement dans ce dispositif.

L'action positive du préfet et des services de l'Etat concernés a permis de débloquent des crédits exceptionnels pour assurer jusqu'à la fin de l'année le travail de quinze auxiliaires de vie scolaire auprès de trente-sept

élèves handicapés. Mais ce type de solution provisoire et aléatoire est, pour un tel dispositif, un facteur de fragilité qui ne peut qu'inquiéter les familles comme les structures gestionnaires et, par-là même, menacer au final, l'efficacité de la démarche, alors même que chacun reconnaît la nécessité de son développement.

J'ai bien noté les éléments figurant dans votre projet de budget, qu'il s'agisse des mesures d'ajustement ou des moyens nouveaux. Vous nous avez indiqué le nombre d'auxiliaires de vie scolaire actuellement à l'œuvre. Pourriez-vous, plus globalement, nous préciser le nombre d'enfants actuellement accueillis ainsi que le nombre d'élèves en attente et, par voie de conséquence, les besoins en emplois correspondants ?

Pour notre seul département de la Charente, on parle de trente à trente-cinq postes, et le rapport de Mme Mireille Malot évoquait un besoin de 4 500 à 7 300 emplois pour l'intégration scolaire de 7 000 à 11 000 élèves.

Enfin, à quelle échéance pensez-vous pouvoir assurer l'égalité d'accès à un service d'auxiliaires d'intégration scolaire grâce à la généralisation de ce dispositif à l'ensemble de notre territoire ? L'année 2003, déclarée Année européenne des citoyens handicapés par le Conseil européen de Nice, nous paraît une échéance opportune pour un tel engagement. Celui-ci est d'ailleurs conforme aux priorités fixées par le Président de la République et nous comprendrions qu'il s'inscrive dans un plan pluriannuel à la condition expresse que celui-ci fasse l'objet d'un suivi et d'une évaluation de sa mise en œuvre par notre assemblée.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Monsieur le député, je reprendrai la réponse que j'ai faite à propos des auxiliaires d'intégration scolaire. Vous savez qu'aujourd'hui, on compte 1 100 postes à temps plein et 2 200 à temps partiel dans l'éducation nationale. En ce qui concerne mon budget, 2 200 auxiliaires sont embauchés par les associations. A terme, les emplois-jeunes vont disparaître. Pour assurer la relève, mon ministère a, dès le 17 octobre, mis sur pied un groupe de travail avec le ministre de l'éducation nationale. Je puis donc vous assurer que nous aurons une réponse quant au statut de ces nouveaux auxiliaires de vie scolaire ou de ces aides éducateurs – appelez-les comme vous voulez – dès le début de l'année prochaine pour autant que faire se peut assurer la rentrée 2003. Je ne suis pas sûre – je vous parle très simplement et très honnêtement – que nous puissions couvrir tous les besoins dès ce moment-là. D'ailleurs, il est très difficile de faire une estimation quantitative de ceux-ci. On y arrive à peu près par département ou par région. En Bretagne, par exemple, la PEEP, qui assure ce service d'aide a pu intégrer 200 enfants. Par contre, il lui manque des auxiliaires de vie pour quatre-vingts enfants.

Je vais essayer, dans les prochains mois, d'approcher au plus près ce problème, quantitativement et qualitativement. En tout cas, la relève sera assurée pour l'essentiel dès la rentrée prochaine. J'ose espérer que, en l'espace de deux ans, ce problème sera réglé car, encore une fois, l'intégration scolaire est une de mes priorités.

M. le président. La parole est à Mme Martine Carrillon-Couvreur.

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Monsieur le ministre, madame la secrétaire d'Etat, la loi du 30 juin 1975 en faveur des personnes handicapées a rap-

pelé l'obligation faite à la nation d'assurer l'éducation, l'enseignement, la formation aux enfants et aux jeunes handicapés.

A défaut d'une éducation ordinaire les enfants handicapés reçoivent une éducation spéciale, déterminée en fonction de leurs besoins particuliers. Il est pour nous nécessaire d'affirmer ce droit fondamental.

Le Président de la République a fixé dans ses priorités les actions en direction des personnes handicapées.

En ce qui concerne l'accueil des enfants polyhandicapés et celui des enfants autistes, nous constatons encore trop souvent un manque de places qui devient insupportable pour les familles.

Madame la secrétaire d'Etat, monsieur le ministre, comment comptez-vous répondre à cette obligation afin que chaque département puisse disposer d'un quota de places ? Celui-ci pourrait d'ailleurs être inscrit par exemple dans les budgets des instituts médicaux éducatifs – les IME –. Pour soutenir ce droit fondamental et permettre la réduction des inégalités en ce domaine, une véritable obligation de moyens doit en effet être prise en compte. En d'autres termes, il faut prévoir les postes de personnels qualifiés pour accompagner et accueillir ces enfants.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Madame la députée, la question de l'enfance handicapée est une question cruciale, primordiale qui associe plusieurs axes : tout d'abord, le dépistage et la prise en charge précoce et ensuite, la prise en charge soit à domicile, avec le développement des SESSAD – les services d'éducation spécialisée et de soins à domicile –, soit en établissements spécialisés et à l'école.

Les efforts que nous faisons en matière d'intégration scolaire et sur lesquels j'ai déjà insisté seront poursuivis dans les années prochaines. Il faut systématiquement affirmer le droit à l'école tout en veillant à conserver de la souplesse : il faut prévoir du temps plein, du temps partiel, l'ouverture des établissements spécialisés à l'éducation nationale, notamment des IME. Je souhaiterais d'ailleurs qu'il y ait beaucoup plus de passerelles entre ces instituts et l'éducation nationale ainsi que des cours communs.

Il faut aussi de la souplesse au niveau des prises en charge des SESSAD afin qu'ils puissent intervenir aussi bien à l'école qu'à domicile. L'ONDAM handicap 2003, en augmentation de plus de 6 % permettra, je l'espère, de mieux répondre aux besoins tout en étant consciente qu'il ne saurait les satisfaire totalement dès cette année. Mais l'effort, je puis vous l'assurer, sera poursuivi dans les prochaines années.

M. le président. Nous revenons aux questions du groupe de l'Union pour la majorité présidentielle.

La parole est à M. Jean-Luc Warsmann.

M. Jean-Luc Warsmann. M. le ministre, je voudrais revenir à nouveau sur le problème de la faiblesse de la densité médicale dans un certain nombre de secteurs ruraux et de secteurs urbains en difficulté.

Je prendrai l'exemple des Ardennes, département dont je suis l'élu. Ce département compte quarante et un médecins spécialistes libéraux pour 100 000 habitants alors que la moyenne nationale est de quatre-vingt-cinq. Nous risquons de créer de véritables déserts médicaux.

Monsieur le ministre, je vous poserai deux questions.

Premièrement, vous avez décidé d'augmenter le nombre d'étudiants formés dans un certain nombre de secteurs, et notamment dans le secteur médical. Les aug-

mentations prévues vont-elles être encore accentuées et surtout vont-elles l'être de manière différenciée ? Je m'explique. Si vous autorisez dans ma région, qui est déficitaire en professionnels médicaux, la formation chaque année de 100 étudiants en médecine supplémentaires, une cinquantaine s'y installeront peut-être à l'issue de leurs études, tandis que d'autres auront succombé aux charmes des grandes villes universitaires, ou du soleil de la Côte d'Azur, ou seront peut-être tombés amoureux d'une Lyonnaise ou d'un Toulousain. Bref, en formant des étudiants supplémentaires dans les régions déficitaires, vous augmenterez également les effectifs des régions excédentaires. Par contre, si vous formez 100 étudiants supplémentaires sur la Côte d'Azur ou à Paris, je crains qu'un département comme le mien n'en voie venir s'installer aucun.

Deuxièmement, quelles aides supplémentaires pourraient être mises en place pour faciliter l'installation des professionnels médicaux ? Quelles sont les intentions de l'Etat à ce sujet ?

Certains conseils généraux réfléchissent à l'octroi de bourses avec pour contrepartie l'installation dans le département concerné, d'autres à l'attribution d'aides directes au financement de cabinets médicaux. Quelles est votre position, monsieur le ministre, sur de telles aides ? Les considérez-vous légales ? En appelez-vous certaines de vos vœux ?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le député, je regrette que vous ayez encore aujourd'hui à poser cette question. Je n'ai pas le temps d'en faire l'historique. Je rappellerai simplement qu'en 1992 j'avais déjà, dans certains états généraux de la santé qui préparaient 1993, indiqué que la logique du *numerus clausus* à la fin de la première année imposait des règles à l'installation des médecins.

Quand nous formons 200 médecins parce qu'on en a besoin de 200, 100 des 200 places prévues sont occupées par des médecins venus du nord tombés tout simplement amoureux du soleil.

Il s'agit maintenant de réagir à ce phénomène. Nous remontons les *numerus clausus*, faculté par faculté, et nous cherchons des incitations à l'installation, je n'ai pas de dogme ni d'*a priori*. Ce peut-être sous la forme d'aides fiscales ou bien d'aides matérielles apportées par les collectivités territoriales, par exemple, l'aide à l'organisation de maisons médicales ou de cabinets de groupe. Ce peut-être encore sous la forme de modifications d'exercice.

L'exercice solitaire est terminé. Il faut envisager d'exercer à plusieurs dans des maisons médicales pluridisciplinaires. D'ailleurs le fait que plusieurs praticiens se relaient supprime le problème du remplacement et permet d'ouvrir des cabinets secondaires et de remédicaliser des zones désertifiées.

Enfin, il faudra probablement – la mission Berland nous le dira – repenser les limites de l'exercice des professions médicales. Peut-être confiera-t-on à des infirmières certaines tâches qui relèvent actuellement des médecins généralistes, et à des aides-soignantes certaines tâches jusque-là accomplies par des infirmières. Tout cela devra naturellement être discuté et concerté. Il faut viser la souplesse et la diversification si nous voulons faire face à la période difficile des dix ou quinze prochaines années.

M. le président. La parole est à M. Dominique Le Mèner.

M. Dominique Le Mèner. Madame la secrétaire d'Etat, je me fais ici l'interprète de notre collègue Charles Cova qui m'a demandé de vous poser sa question.

Le système mis en place depuis 1975 en faveur des personnes handicapées s'est construit par juxtaposition. Si l'ensemble peut paraître complet, il constitue en réalité un système complexe au fonctionnement bureaucratisé, particulièrement mal adapté à des usagers déjà fragilisés par l'épreuve et la maladie. Au-delà de sa complexité, ses dysfonctionnements et son incohérence sont flagrants : à preuve l'absence de sanctions vraiment dissuasives pour ceux qui ne respectent pas les places de stationnement réservées aux personnes handicapées ou encore, et l'incohérence touche ici à l'in vraisemblable, le fait qu'une personne reconnue handicapée avant soixante ans ne le soit plus une fois passé cet âge ! Que dire enfin du cas des polyhandicapés, pour lesquels la reconnaissance est fonction des stades de la vie ?

Les attentes sont nombreuses. Alors que les structures d'accueil ferment leurs portes par manque de personnels compétents ou de moyens financiers suffisants, l'inquiétude grandit. L'espérance est grande également ; de nombreuses mesures restent à prendre pour offrir à chaque enfant handicapé une solution éducative, pour renforcer l'insertion professionnelle des personnes handicapées, notamment grâce à des dispositions fiscales incitatives pour l'emploi, pour traiter réellement la question de l'accompagnement de la personne handicapée vieillissante.

La liste est, malheureusement, encore longue, mais la représentation nationale sait, madame la secrétaire d'Etat, que votre projet est ambitieux. Pouvez-vous, au-delà des grandes étapes de votre programme, nous en préciser les échéances prévisionnelles afin que les personnes handicapées et leurs proches – car il convient également de soutenir les familles qui ne peuvent pas toujours faire face seules à une vie profondément bouleversée – sachent quand elles pourront enfin bénéficier de vos nouvelles mesures ?

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. A question précise, monsieur le député, réponse aussi précise que possible, à défaut d'être exhaustive.

Dès cette année, 900 postes d'auxiliaire de vie sont venus s'ajouter aux 175 postes prévus pour 2002. Ils sont d'ores et déjà disponibles. Pour 2003, je compte parvenir à plus de 5 000 nouveaux postes d'auxiliaire de vie, dont au moins 1 100 immédiatement disponibles. S'agissant des CAT, les 3 000 nouvelles places ne seront pas créées dès janvier 2003 mais, ainsi que je l'ai dit au cours de la discussion, je ferai en sorte, grâce à un suivi très précis et rigoureux des crédits, qu'elles soient effectivement mises en place dans le courant de l'année.

Enfin, tous les départements seront dotés courant 2003 d'un site de la vie autonome.

Pour résumer, monsieur le député, je m'attacherai à ce que les crédits votés – je l'espère en tous cas – cette semaine soient vraiment utilisés au cours de l'année 2003 et bien mis au service des personnes handicapées.

M. le président. La parole est à M. Georges Colombier.

M. Georges Colombier. Madame la secrétaire d'Etat, j'aimerais aborder la question du cumul entre une allocation adulte handicapé et une activité professionnelle ou une allocation unique dégressive.

L'insertion des handicapés dans la société doit passer par des mesures moins contraignantes lorsque ceux-ci exercent une activité professionnelle à temps partiel. Cette intégration par le travail mérite d'être incitée par le Gouvernement. On pourrait éventuellement engager une réflexion sur le maintien de l'allocation adulte handicapé à taux plein lorsqu'une personne handicapée travaille à temps partiel de façon à rendre l'activité salariée financièrement plus intéressante que l'inactivité.

Dans la même optique, il faut souligner les difficultés rencontrées par les travailleurs handicapés privés d'emploi percevant l'allocation de l'assurance chômage ainsi qu'une pension d'invalidité de la sécurité sociale au titre de leur classement en première catégorie. Lorsque la situation de ces personnes au regard de leur handicap se détériore et nécessite une reclassification en catégorie 2, les droits à l'assurance chômage sont revus. Certes, un léger cumul de la pension d'invalidité et de l'allocation unique dégressive est permis, dans la limite de la différence entre l'AUD et la pension d'invalidité ; mais, le plus souvent, les ressources de la personne concernée évoluent subitement à la baisse alors même que son handicap s'aggrave.

Serait-il possible de connaître les projets gouvernementaux destinés à aider les personnes handicapées à s'insérer dans notre société par l'accès à l'emploi ?

M. le président. La parole est à madame la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Le cumul entre l'allocation adulte handicapé et un revenu d'activité est aujourd'hui possible, mais seulement à titre temporaire car il tient seulement au mode de calcul de l'allocation adulte handicapé qui prend en compte les revenus de l'année *n* moins 1. Ce cumul, je vous le concède, ne s'inscrit aucunement dans une stratégie de retour à l'emploi, pourtant une de nos préoccupations majeures. Une réflexion s'impose dans le cadre de la réforme de la loi de 1975, pour rendre, ainsi que vous le souhaitez, l'activité salariée financièrement plus intéressante que l'inactivité.

Quant aux règles de cumul d'une pension d'invalidité et de l'allocation chômage, elles diffèrent selon le degré d'invalidité du bénéficiaire. Pour les pensions de première catégorie, correspondant à une invalidité légère, la règle habituelle qui s'applique : pension et allocation chômage se cumulent dans la limite du salaire antérieur, ce qui conduit à une minoration du montant de la pension. Pour les pensions de deuxième et troisième catégories, correspondant à une invalidité plus lourde, le droit au cumul a été reconnu depuis 1994 par décision des partenaires sociaux. Le cumul s'opère alors sans limite de plafond et l'allocation de chômage est réduite du montant de la pension d'invalidité.

Ainsi, le chômeur indemnisé et titulaire d'une pension d'invalidité de première catégorie peut, si l'aggravation de son état d'invalidité se traduit par un classement en deuxième, voire en troisième catégorie, cumuler ces deux avantages.

M. le président. La parole est à M. Jacques Bobe.

M. Jacques Bobe. Madame la secrétaire d'Etat, le problème des personnes handicapées vieillissantes devient double sitôt franchi l'âge de soixante ans, dans la mesure où celles-ci passent brutalement du statut d'allocataire de l'AAH à celui de bénéficiaire de l'allocation personnalisée d'autonomie alors même qu'elles vieillissent plus rapidement en raison de leur état de santé et de leur handicap.

Faute d'une politique structurée pour résoudre ce problème, les conseils généraux, nonobstant quelques expérimentations encore insuffisamment adaptées aux situations

concrètes qu'ils rencontrent, doivent se résoudre à des solutions temporaires comme le maintien exceptionnel de l'allocation adulte handicapé après soixante ans, le développement de l'hébergement en foyer à double tarification ou encore la création, au sein des maisons de retraite classiques, de structures spécifiques réservées aux personnes handicapées vieillissantes. Ces mesures sont onéreuses, complexes et n'ont pas vocation à devenir pérennes.

Le conseil général de la Charente, par exemple, comme beaucoup d'autres, se trouve dans l'obligation de mettre en œuvre des adaptations au cas par cas en raison de l'absence d'une politique nationale structurée.

Comment envisagez-vous, madame la secrétaire d'Etat, de soutenir efficacement l'action des conseils généraux dans la recherche d'une solution adaptée ? Comment entendez-vous notamment assouplir le passage entre les divers statuts applicables aux personnes handicapées vieillissantes ?

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Permettez-moi de rappeler, avant d'en venir aux différentes formules de prise en charge des personnes handicapées vieillissantes, que la loi de 1975 ne prévoit aucun dispositif concernant cette population, et pour cause : l'espérance de vie des personnes handicapées, comme celle de chacun de nous, a considérablement augmenté depuis vingt-cinq ans. Aussi, en l'état actuel de notre législation, à soixante ou soixante-cinq ans, la personne handicapée n'est plus considérée comme telle et devient simplement une personne âgée. Cette problématique devra faire l'objet d'un réexamen particulier dans le cadre de la réforme de la loi de 1975.

Des dispositifs diversifiés sont d'ores et déjà expérimentés dans plusieurs départements par les associations, avec l'aide des conseils généraux, pour offrir aux personnes handicapées vieillissantes un large choix de solutions d'hébergement. Il convient désormais de les développer et de multiplier les formules, afin que les personnes handicapées vieillissantes puissent exercer leur droit au libre choix et à une prise en charge adaptée et coordonnée.

Enfin, le plan triennal 2001-2003 en faveur des enfants, adolescents et adultes handicapés consacre à la prise en charge institutionnelle des personnes handicapées vieillissantes 6,8 millions d'euros de crédits d'assurance maladie, soit 2,2 millions d'euros par an.

M. le président. La parole est à M. Patrick Delnatte.

M. Patrick Delnatte. Monsieur le ministre, les associations qui œuvrent dans le champ de la prévention de la toxicomanie et des soins aux toxicomanes avaient largement exprimé leur crainte d'une réduction des moyens budgétaires. Vous avez déjà répondu à leur inquiétude.

En outre, le transfert de l'Etat vers l'assurance maladie du financement des centres spécialisés pour toxicomanes, prévu par le PLFSS, permettra de mieux distinguer ce qui relève du soin et ce qui relève de la prévention.

Reste que dans ma région du Nord - Pas-de-Calais, où la situation en matière de toxicomanie est très grave, les associations jouent un rôle très important.

Or elles ont été constamment pénalisées ces dernières années par des mécanismes comptables qui se traduisent par des retards récurrents dans les paiements. D'une manière générale, le système de financement souffre d'un manque de lisibilité : j'ai relevé huit sources de financement possibles.

Il serait intéressant pour les associations de savoir dès le début de l'année sur quels financements elles peuvent compter et de connaître précisément la périodicité des règlements. Ne serait-il pas possible de mettre en place des conventions pluriannuelles ? Elles estiment à 800 000 euros leur déficit structurel pour le seul département du Nord.

Cette situation a été aggravée par la non-prise en compte des répercussions de certaines mesures régissant le personnel, en premier lieu la réduction du temps de travail, mais également l'avenant n° 265 de la convention applicable aux associations, signé le 1^{er} septembre 2000, qui a revalorisé le salaire des cadres sans que pour autant les structures concernées aient bénéficié de crédits supplémentaires.

Monsieur le ministre, je ne doute pas de votre volonté de garantir aux associations qui interviennent dans le domaine de la toxicomanie les moyens financiers qui leur sont nécessaires. Pouvez-vous nous préciser les orientations budgétaires que vous entendez suivre afin de répondre à leur demande ?

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur Delnatte, je sais combien vous êtes attentif aux problèmes liés à la drogue et à la toxicomanie, et combien votre région est touchée par ce plan.

Les CCST offrant des soins individuels, il est apparu opportun et cohérent d'en transférer le financement vers l'assurance maladie afin de garantir la prise en charge médicale tout en respectant évidemment les principes d'anonymat et de gratuité qui régissent le fonctionnement de ces centres. Mais il ne faut pas croire pour autant que la totalité des actions de prévention ait été transférée à l'assurance maladie. Ce mouvement porte seulement sur l'aspect soins. L'aspect prévention et de santé publique restera naturellement financé dans le cadre des actions de santé publique.

Parallèlement, le Gouvernement souhaite mettre en cohérence le financement des CCAA, centres de cure ambulatoire en alcoolisme, et celui des CCST, mais il ne veut pas préjuger de sa politique de prise en charge en se liant prématurément par la création initialement prévue des fameux CSAPA - centre de soins d'accompagnement et de prévention en addictologie -, dans lesquels fusionneraient CCAA et CCST. Nous souhaitons que le nouveau président de la MILDT choisisse d'abord clairement sa stratégie, dans laquelle nous l'accompagnerons puisqu'il a notre confiance.

Pour compléter votre information, je vous précise que 95 % des crédits du chapitre 47-15, article 40, ont été délégués au premier trimestre 2002 et que le reliquat a été délégué en septembre et octobre une fois résolu le problème des gels budgétaires. Autrement dit, les fonds ont été dégelés, si vous me permettez l'expression.

Rappelons enfin que, avec près de 7 millions d'euros, la région Nord - Pas-de-Calais est l'une des mieux dotées dans ce domaine, compte tenu de sa taille.

M. le président. La parole est à Mme Nadine Morano.

Mme Nadine Morano. Monsieur le ministre, madame la secrétaire d'Etat, elle s'appelle Céline Perdreau, elle est toulouaise, elle a vingt-deux ans. Malgré son lourd handicap, elle est inscrite en maîtrise de psychologie à l'université de Nancy II. Son choix, comme celui de beaucoup d'autres personnes handicapées, est de vivre en totale autonomie chez elle. Or Céline ne perçoit que 20 euros

par jour pour cela, alors que le coût pour la collectivité d'une journée en établissement spécialisé est estimé à 300 euros.

Nous devons permettre le libre choix entre le maintien à domicile et la prise en charge dans un foyer, en défendant, dans les deux cas, une véritable compensation du handicap. Toute personne handicapée, quel que soit la forme et la gravité de son handicap, doit pouvoir choisir le mode de vie et le type d'habitat adapté à ses besoins.

Il conviendrait donc que les services assurant le suivi des personnes à leur domicile soient juridiquement reconnus, que de nouveaux postes d'auxiliaires de vie soient créés, que des équipes d'accompagnement pluridisciplinaires puissent se mettre en place avec des moyens suffisants pour aider les personnes handicapées à rester chez elles ou à y retourner.

Il faudrait également que les personnes handicapées puissent se procurer dans des conditions satisfaisantes les appareillages, aides techniques et adaptations du logement nécessaires à leur autonomie. Le choix de la vie à domicile, dans le cadre d'une prise en charge globale, coûte moins cher que la création d'une place nouvelle dans un foyer. La solidarité nationale se doit d'assurer aux personnes qui, du fait de leur handicap, ne peuvent y parvenir par leurs propres moyens, des ressources de subsistance et de compensation leur permettant ainsi de s'insérer pleinement dans la société.

Madame la secrétaire d'Etat, je vous apporte tout mon soutien parce que je sais que vous travaillez à une grande réforme de la loi de 1975. Je sais que vous prenez le temps d'organiser toute la concertation nécessaire. Mais, dès à présent, pouvez-vous me faire connaître votre sentiment sur ces pistes de réflexion pour un choix de vie à domicile, ainsi que le calendrier de la nécessaire réforme pour une véritable compensation du handicap ?

M. Pierre Forgues. On a pris le temps depuis 1975 !

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Oui, madame la députée, il faut donner à chaque personne handicapée la possibilité de choisir son mode de vie et donc de vivre si elles le souhaitent dans leur propre domicile. C'est clair. C'est le but de la création des postes d'auxiliaire de vie, même si, je vous le concède, leur nombre est encore insuffisant pour répondre à tous les besoins. Mais nous intensifierons notre effort. C'est aussi le but de l'externalisation d'un certain nombre de services de maisons d'accueil spécialisées ou de foyers d'accueil médicalisés, que j'ai demandée dans une circulaire récemment adressée aux DDASS et aux DRASS.

Les services qui assurent le suivi des personnes à domicile peuvent être juridiquement reconnus. Je vous renvoie, sur ce point, à la loi du 2 janvier 2002 qui prévoit des expérimentations.

Tous ces dispositifs sont en train de se mettre en place et ils sont encore fragiles. A terme, ils permettront aux handicapés de choisir leur mode de vie, donc de rester à domicile s'ils le désirent, même si le maintien à domicile pour de nombreuses personnes handicapées peut être aussi onéreux qu'une place en établissement. Mais là n'est pas le problème essentiel.

Mme Nadine Morano. Très bien !

M. le président. Nous avons terminé les questions.

Les crédits du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées seront mis aux voix à la suite de l'examen des crédits des affaires sociales, du travail et de la solidarité.

Toutefois, en accord avec la commission des finances, j'appelle deux amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 70.

Après l'article 70

M. le président. Le Gouvernement a présenté un amendement, n° 168, ainsi rédigé :

« Après l'article 70, insérer l'article suivant :

« I. – A. – Dans la première phrase de l'avant-dernier alinéa de l'article L. 861-5 du code de la sécurité sociale, les mots : “, dès le” sont remplacés par les mots : “au premier jour du mois de”.

« B. – La dernière phrase de l'article L. 861-6 du même code est ainsi rédigée : “Sous réserve des dispositions du pénultième alinéa de l'article L. 861-5, elle prend effet au premier jour du mois qui suit la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5.”

« C. – Dans la première phrase de l'article L. 861-8 du même code, les mots : “à la date de la décision” sont remplacés par les mots : “, sous réserve des dispositions du pénultième alinéa de l'article L. 861-5, au premier jour du mois qui suit la date de la décision.”

« II. – Après la première phrase du premier alinéa de l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale sont insérées deux phrases ainsi rédigées : “Cette révision prend effet chaque année au 1^{er} juillet. Elle tient compte de l'évolution prévisible des prix de l'année civile en cours, le cas échéant corrigée de la différence entre le taux d'évolution retenu pour fixer le plafond de l'année précédente et le taux d'évolution des prix de cette même année.”

« III. – Dans le III de l'article L. 862-4 du même code, le nombre “57” est remplacé par le nombre “70, 75”.

« IV. – A. – L'article L. 861-9 du code de la sécurité sociale est ainsi modifié :

« 1. Dans la première phrase, après le mot “nécessaires” sont insérés les mots “à l'administration des impôts, aux organismes de sécurité sociale et”.

« 2. Après la première phrase est insérée une phrase ainsi rédigée : Les personnels des organismes sont tenus au secret quant aux informations qui leur sont communiquées.

« B. – Au premier alinéa de l'article L. 152 du livre des procédures fiscales, après les mots : “obligatoire de sécurité sociale”, sont insérés les mots : “, de l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé visée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale”.

« V. – Les dispositions du III entrent en vigueur pour la contribution visée à l'article L. 862-4 du code de la sécurité sociale versée au titre du premier trimestre 2003. »

La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. J'ai évoqué cet amendement cet après-midi.

Le Gouvernement vous propose de revaloriser significativement, au 1^{er} janvier 2003, la déduction forfaitaire qu'opèrent les organismes d'assurance complémentaire participant à la CMU, en la portant de 228 à 283 euros par bénéficiaire et par an. Ce niveau de revalorisation correspond au coût moyen de la dépense pour les organismes complémentaires en 2002.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. Comme la commission des finances n'a pas eu connaissance de cet amendement, je serais bien en peine de donner son avis !

Cependant dit, après en avoir échangé avec le président de la commission, je ne crois pas trahir la pensée de mes collègues en vous disant, monsieur le ministre, qu'un examen de cet amendement en commission eût été très souhaitable, je l'ai déjà dit en présentant mon rapport.

Nous avons constaté, en effet, que les prévisions de dépenses au titre de la couverture maladie universelle complémentaire, inscrites dans le projet de budget, dont vous demandez l'approbation, comportent plusieurs mouvements de crédits. Si les montants en sont connus, ce n'est pas le cas – et c'est un peu paradoxal – des actions correspondant à ces mouvements, et cela en dépit de nos efforts pour obtenir une réponse à notre questionnaire budgétaire sur ce point. Ce n'est donc pas faire du mauvais esprit que de vous faire remarquer, comme je l'ai fait tout à l'heure à la tribune, qu'il est toujours utile qu'une commission de notre assemblée examine une mesure aussi importante...

M. Jean-Luc Warsmann. N'êtes-vous pas en train de vous répéter ?

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. ... d'autant que la presse avait annoncé cette mesure, sans aucun doute souhaitable : la revalorisation du droit à déduction des organismes de protection complémentaire.

M. Gilbert Meyer. Eh bien : c'est oui ou c'est non ?

Mme Geneviève Perrin-Gaillard. Laissez-le donc parler !

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. Par conséquent, la représentation nationale a été informée après les médias qui ont pu faire état de... la réponse que je n'obtenais pas pour la commission !

M. Jean-Luc Warsmann. Alors, disons oui au ministre, et de bon cœur ! Un beau geste !

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. Sur le fond, il ne me paraît pas illégitime de faire quelques observations. On recherche, semble-t-il, un meilleur contrôle de l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire. Or on peut craindre que la fraude ne se révèle d'une certaine ampleur. Nos confrères médecins nous ont signalé qu'ils étaient dans l'impossibilité de vérifier l'identité du patient qui leur tend une carte d'ayant droit dépourvue de photo.

M. Jean-François Chossy, rapporteur pour avis. C'est vrai !

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. Or les professionnels de santé n'ont pas les pouvoirs de police nécessaires pour exiger les papiers certifiant la légalité de la possession de cette carte. Les évaluations des médecins sont très subjectives. Il serait pourtant intéressant de connaître le montant des dépenses indues consécutives à ces pratiques frauduleuses.

Par ailleurs, la mesure dite de rationalisation ne doit pas gommer les efforts – entamés par le gouvernement précédent – pour lisser l'effet de seuil contre lequel vous-même avez porté des critiques. Pouvez-vous nous fournir des précisions sur ce point ?

Enfin, le rapporteur spécial serait heureux de connaître l'état exact des mouvements de crédits inscrits dans votre budget pour cette CMU complémentaire. Sont prévues une baisse de 60 millions d'euros, correspondant à l'évolution du nombre des bénéficiaires, et une hausse de 100 millions d'euros pour couvrir les revalorisations prévisibles. Si l'on déduit de ces 100 millions les 32 millions

que coûte la mesure de revalorisation – souhaitable – de la déduction que prévoit l'amendement, il reste environ 68 millions d'euros qui correspondent, sans doute, à la hausse de la dépense moyenne par bénéficiaire.

Pour éclairer le vote de l'Assemblée, pourriez-vous confirmer que, selon vos prévisions pour 2003, la baisse du nombre des bénéficiaires compensera, à moins de 10 millions d'euros près, la hausse de la dépense moyenne par personne couverte ?

Sous réserve de ces informations, à titre personnel et, parce que semble-t-il, c'est le souhait général de l'Assemblée, celle-ci pourrait se prononcer, à l'unanimité, pour la revalorisation du forfait, par personne et par dossier, des mutuelles.

M. Jean-Luc Warsmann. Enfin !

M. le président. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le rapporteur spécial, vous savez que je suis toujours sans détour. L'annonce dans la presse traduisait ce qui n'était encore qu'une intention. Les derniers arbitrages ne sont intervenus que très tardivement devant la pression conjuguée du ministre et des mutuelles, qui faisaient savoir leurs difficultés, voire leur décision de se retirer du dispositif. Cet arbitrage tardif, effectivement, n'a pas permis à la commission de se prononcer.

Vous avez raison, les praticiens – vous en êtes, comme moi et comme d'autres, ici – ont une impression ici ou là de fraude à la CMU. C'est vrai, le dispositif est généreux, mais aveugle. J'ai donc l'intention d'autoriser les transferts d'informations entre caisses de sécurité sociale et administration fiscale, de façon à vérifier que les gens qui demandent à bénéficier de la couverture maladie universelle y ont véritablement droit.

Quant à l'évolution en cours d'année, le nombre de demandeurs ou d'ayants droit à la CMU augmentait de façon imprévue, c'est tout l'intérêt du collectif sanitaire et social que je vous ai proposé de permettre un ajustement. Car il n'est pas question de limiter le nombre des ayants droit : tous ceux qui ont droit à la CMU devront naturellement être pris en charge.

M. le président. La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Prél, *rapporteur pour avis*. J'ai bien compris les scrupules de M. Bapt, qui avait quelque peine à se féliciter de cette mesure. La CMU pose effectivement des problèmes, et nous aussi, à la commission des affaires sociales, nous regrettons de n'avoir pu l'examiner.

La CMU, disais-je, pose des problèmes – on a parlé à plusieurs reprises – dont, précisément, le fait que la déduction forfaitaire des organismes d'assurance complémentaire n'avait pas été réévaluée depuis longtemps. L'amendement résout le problème en leur permettant de diminuer leur participation. A titre personnel, je suis très satisfait.

Reste l'effet de seuil, déjà très critiqué lors de la discussion de la loi. Pour notre part, nous étions, à l'époque, très favorable à une aide personnalisée à la santé, chacun recevant une aide inversement proportionnelle aux revenus, comme l'aide personnalisée au logement, pour financer son assurance complémentaire. Avec un tel mécanisme, nous n'aurions pas eu d'effet de seuil. S'orienter vers un tel système améliorerait grandement la CMU, qui représente, par ailleurs, un réel progrès.

A titre personnel, je suis favorable à l'amendement n° 168.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 168.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. M. Baguet et M. Artigues et les membres du groupe Union pour la démocratie française et apparentés ont présenté un amendement, n° 176, ainsi rédigé :

« Après l'article 70, insérer l'article suivant :

« A compter de 2003, le Gouvernement déposera sur le bureau de l'Assemblée nationale et sur celui du Sénat, un rapport faisant état des conditions d'accès dans les hôpitaux publics à l'ensemble des chaînes nationales de télévision. Les informations données par ce rapport devront permettre de mieux apprécier le coût d'un accès gratuit, dans chaque chambre, pour les personnes hospitalisées à l'ensemble des chaînes nationales de télévision, ou du moins aux chaînes nationales publiques. »

La parole est à M. Gilles Artigues.

M. Gilles Artigues. Dans les hôpitaux publics, la seule façon pour les malades de recevoir la télévision, c'est de faire appel à des organismes privés, dont les prestations atteignent parfois des coûts très élevés, trop élevés surtout pour les plus démunis qui sont seuls et qui ont bien besoin de distraction et d'information.

Par ailleurs, les chaînes publiques étant déjà financées en partie par la redevance, les patients ont l'impression de payer deux fois.

Le rapport que nous demandons – au nom de l'égalité entre les malades – tendrait à étudier la possibilité de proposer gratuitement dans les hôpitaux publics la diffusion de quelques chaînes françaises, plus particulièrement les chaînes publiques nationales.

M. le président. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, *rapporteur spécial*. La commission n'a pas non plus examiné cet amendement. Mais comme il n'a pas d'incidence budgétaire, si le Gouvernement accepte de produire un rapport sur ce problème, qui est réel, elle n'aurait pu que s'y rallier.

M. le président. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je comprends très bien l'intention de cet amendement mais le Gouvernement ne peut pas l'accepter. D'abord, il ne relève pas du PLF mais du PLFSS. Ensuite, le coût supporté par les hospitalisés correspond, principalement, au coût de mise à disposition des appareils et non de la redevance. Enfin, ce coût est en général remboursé par les mutuelles. J'ajoute que, d'ores et déjà, les hôpitaux mettent gratuitement cette prestation à disposition des patients fragilisés tels que les enfants.

Le Gouvernement émet donc un avis défavorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 176.

(L'amendement n'est pas adopté.)

M. le président. Nous avons terminé l'examen des crédits du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

La suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances est renvoyée à la prochaine séance.

2

SAISINE POUR AVIS D'UNE COMMISSION

M. le président. J'informe l'Assemblée que la commission des finances, de l'économie générale et du Plan a décidé de se saisir pour avis des articles 3 et 6 du projet de loi constitutionnelle relatif à l'organisation décentralisée de la République (n° 369).

3

DÉPÔT D'UN RAPPORT EN APPLICATION D'UNE LOI

M. le président. J'ai reçu, le 12 novembre 2002, de M. le Premier ministre, en application de l'article 142 de la loi n° 2001-420 du 15 mai 2001 relative aux nouvelles réglementations économiques, le rapport sur l'Etat actionnaire pour l'année 2002.

4

DÉPÔT DE PROPOSITIONS DE LOI ADOPTÉES PAR LE SÉNAT

M. le président. J'ai reçu, le 12 novembre 2002, transmise par M. le président du Sénat, une proposition de loi, adoptée par le Sénat, relative à la responsabilité civile médicale.

Cette proposition de loi, n° 370, est renvoyée à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en application de l'article 83 du règlement.

J'ai reçu, le 12 novembre 2002, transmise par M. le président du Sénat, une proposition de loi, adoptée par le Sénat, modifiant l'article 43 de la loi n° 84-610 du 16 juillet 1984 relative à l'organisation et à la promotion des activités physiques et sportives.

Cette proposition de loi, n° 371, est renvoyée à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en application de l'article 83 du règlement.

5

ORDRE DU JOUR DES PROCHAINES SÉANCES

M. le président. Mercredi 13 novembre 2002, à neuf heures, première séance publique :

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 2003, n° 230 :

M. Gilles Carrez, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (rapport n° 256).

Logement :

M. François Scellier, rapporteur spécial, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 21 du rapport n° 256) ;

Logement et urbanisme :

M. Jean-Pierre Abelin, rapporteur pour avis, au nom de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire (tome IX de l'avis n° 258).

A quinze heures, deuxième séance publique :

Deuxièmes tours de scrutin pour l'élection (1) :

- de trois juges titulaires de la Haute Cour de justice ;
- de deux juges suppléants de la Haute Cour de justice ;
- de deux juges titulaires et de deux juges suppléants de la Cour de justice de la République.

Questions au Gouvernement ;

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 2003, n° 230 :

Affaires étrangères, coopération et francophonie :

Affaires étrangères :

M. Eric Woerth, rapporteur spécial, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 1 du rapport n° 256) ;

M. Richard Cazenave, rapporteur pour avis, au nom de la commission des affaires étrangères (tome II de l'avis n° 259) ;

M. François Lamy, rapporteur pour avis, au nom de la commission de la défense nationale et des forces armées (tome I de l'avis n° 260) ;

Coopération et développement :

M. Henri Emmanuelli, rapporteur spécial, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 3 du rapport n° 256) ;

M. Jacques Godfrain, rapporteur pour avis, au nom de la commission des affaires étrangères (tome III de l'avis n° 259) ;

Francophonie et relations culturelles internationales :

Mme Henriette Martinez, rapporteure pour avis, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (tome I de l'avis n° 257) ;

M. François Rochebloine, rapporteur pour avis, au nom de la commission des affaires étrangères (tome IV de l'avis n° 259).

A vingt-et-une heures, troisième séance publique :

Suite de l'ordre du jour de la deuxième séance.

La séance est levée.

(La séance est levée à vingt-trois heures cinquante.)

*Le Directeur du service du compte rendu intégral
de l'Assemblée nationale,
JEAN PINCHOT*

**RECTIFICATIF
AUX DÉPÔTS DU 9 OCTOBRE 2002**

« Rapport de M. **Bernard Schreiner** au nom de la commission des affaires étrangères, sur le projet de loi, adopté par le Sénat (n° 42), autorisant l'approbation de l'accord entre le Gouvernement de la République française et le Conseil de l'Europe relatif à la protection sociale des membres du personnel employés par ladite organisation sur le territoire français. »

(1) Ces scrutins secrets seront ouverts de 15 heures à 18 heures dans les salles voisines de la salle des séances.

RECTIFICATIF
AUX DÉPÔTS DU 7 NOVEMBRE 2002

Changement de titre

« Rapport déposé par M. Claude Birraux, établi au nom de l'office parlementaire d'évaluation des choix scientifiques et technologiques sur **l'incidence éventuelle de la téléphonie mobile sur la santé.** »

MODIFICATIONS À LA COMPOSITION
DES GROUPES

Groupe socialiste, apparentés aux termes de l'article 19 du règlement [(8 au lieu de 7)] :

Ajouter le nom de Mme Christiane Taubira.

Liste des députés n'appartenant à aucun groupe [(13 au lieu de 14)] :

Supprimer le nom de Mme Christiane Taubira.

TEXTE SOUMIS EN APPLICATION DE L'ARTICLE 88-4
DE LA CONSTITUTION

Transmission

M. le Premier ministre a transmis, en application de l'article 88-4 de la Constitution, à M. le président de l'Assemblée nationale le texte suivant :

Communication du 7 novembre 2002

N° E 2130. – Proposition de décision du Conseil relative à la conclusion d'un accord sous forme d'un échange de lettres dérogeant temporairement, en ce qui concerne l'importation dans la Communauté de tomates originaires du Maroc, aux dispositions du protocole agricole n° 1 de l'accord euro-méditerranéen établissant une association entre les Communautés européennes et leurs Etats membres, d'une part, et le Royaume du Maroc, d'autre part (COM [2002]).

ABONNEMENTS

(TARIFS 2002)

ÉDITIONS		TARIF abonnement France et outre-mer	FRANCE participation forfaitaire aux frais d'expédition *	ÉTRANGER participation forfaitaire aux frais d'expédition *
Codes	Titres			
		Euros	Euros	Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :			
03	Compte rendu..... 1 an	20,30	47,60	107,30
33	Questions..... 1 an	20,20	33,40	59,50
83	Table compte rendu.....	9,80	5,30	13,60
93	Table questions.....	9,70	3,30	8,90
	DÉBATS DU SÉNAT :			
05	Compte rendu..... 1 an	18,60	39,60	87,80
35	Questions..... 1 an	18,40	24,50	49,40
85	Table compte rendu.....	9,80	4,40	6,70
95	Table questions.....	6,20	3,20	4,70
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :			
07	Série ordinaire..... 1 an	204,00	172,10	366,80
27	Série budgétaire..... 1 an	48,10	4,90	10,40
	DOCUMENTS DU SÉNAT :			
09	Un an.....	195,70	151,10	307,30
<p>Les DÉBATS de l'ASSEMBLÉE NATIONALE font l'objet de deux éditions distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 03 : compte rendu intégral des séances ; - 33 : questions écrites et réponses des ministres. <p>Les DÉBATS du SÉNAT font l'objet de deux éditions distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 05 : compte rendu intégral des séances ; - 35 : questions écrites et réponses des ministres. <p>Les DOCUMENTS de l'ASSEMBLÉE NATIONALE font l'objet de deux éditions distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 07 : projets et propositions de loi, rapports et avis des commissions ; - 27 : projets de lois de finances. <p>Les DOCUMENTS du SÉNAT comprennent les projets et propositions de loi, rapports et avis des commissions.</p>				
En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande				
Tout paiement à la commande facilitera son exécution				
Pour expédition par voie aérienne (outre-mer et l'étranger), paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination (*) Décret n° 2001-955 du 19 octobre 2001				
DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15 STANDARD : 01-40-58-75-00 — RENSEIGNEMENTS DOCUMENTAIRES : 01-40-58-79-79 — TÉLÉCOPIE : 01-45-79-17-84				

Prix du numéro : **0,69** b