

NL

ANNEXE

**RAPPORT SUR
LES ORIENTATIONS DE LA POLITIQUE DE SANTÉ
ET DE SÉCURITÉ SOCIALE ET LES OBJECTIFS
QUI DÉTERMINENT LES CONDITIONS GÉNÉRALES
DE L'ÉQUILIBRE FINANCIER**

La loi organique du 22 juillet 1996 a prévu que la loi de financement de la sécurité sociale approuverait chaque année un rapport définissant les orientations de la politique de santé et de sécurité sociale et les conditions générales de l'équilibre de la sécurité sociale.

Préserver, améliorer, renforcer notre système de protection sociale, donner à chacun la meilleure chance de garder la santé, tels sont les objectifs du Gouvernement à l'occasion de cette loi de financement. Ils s'expriment dans trois priorités :

– améliorer la santé : l'objectif de la politique de santé, c'est d'identifier au mieux les besoins de santé des populations, de développer et d'organiser au mieux les moyens de prévention comme de soins pour y répondre ;

– réduire les inégalités et prêter une attention particulière aux plus fragiles, tout en consolidant l'universalité de la sécurité sociale ;

– retrouver l'équilibre financier de la Sécurité sociale, condition de sa pérennité, à la fois par un financement plus assuré et plus équitable et par une maîtrise des dépenses au service de l'impératif de meilleure utilisation des ressources.

Condition de la cohésion sociale, élément essentiel de la garantie des droits fondamentaux, outil majeur de solidarité, la protection sociale concerne tous les citoyens. C'est à eux qu'il appartient, en définitive, de définir les priorités de la protection sociale et le volume global de moyens que la collectivité entend y consacrer. C'est le sens de l'intervention du Parlement, essentielle pour débattre et fixer les objectifs de la protection sociale. Cette exigence de démocratie doit se retrouver sur le terrain, dans la construction des priorités concrètes de l'action, en particulier dans le domaine de la santé. Elle se traduit aussi dans le rôle des caisses de sécurité sociale et de leurs conseils

d'administration. Elle suppose une plus grande transparence sur l'état sanitaire et social de notre pays et le fonctionnement de notre système de protection sociale.

1. UNE POLITIQUE DE SANTÉ AU SERVICE DES POPULATIONS :

Au regard des indications très synthétiques que sont l'espérance de vie totale et l'espérance de vie sans incapacité, l'état de santé de la population française apparaît satisfaisant, que ce soit par référence à des pays comparables ou que ce soit en termes d'évolution. L'espérance de vie s'allonge et les années de vie gagnées sont des années de vie en bonne santé.

Il subsiste cependant un écart très important entre l'espérance de vie à la naissance des femmes – 81,9 ans – et celle des hommes – 74,0 ans – en 1996 (données provisoires). La mortalité prématurée est importante par rapport aux autres pays. Elle est notamment liée à l'alcoolisme, au tabagisme, mais aussi aux accidents et morts violentes. De nouvelles maladies iatrogènes ou transmissibles se développent. En outre, demeurent des inégalités importantes entre groupes sociaux et entre régions. En 1993, l'espérance de vie des hommes est de 70,4 ans dans le Nord - Pas-de-Calais et de 75,1 ans en Midi-Pyrénées ; pour les femmes, respectivement, 79,4 et 82,4 années. Et l'on constate une accentuation de ces disparités dans les années récentes. Certains groupes sociaux sont de plus en plus vulnérables.

Ces situations sont, pour partie, la conséquence de l'évolution des conditions socio-économiques, et notamment de la montée du chômage, de la précarité et de l'exclusion. Elles appellent aussi une politique de santé publique renforcée, qui tire le meilleur parti de l'ensemble des moyens de santé, au service des populations.

1.1. L'IMPÉRATIF DE LA PARTICIPATION :

La politique de santé concerne tout le monde, professionnels de santé, élus, associations et, en définitive, chaque citoyen. Leur participation à la construction des priorités de santé est une condition pour atteindre les objectifs de la politique de santé : une meilleure réponse aux besoins de la population, une plus grande efficacité du système de soins et de tout ce qui peut concourir à une meilleure utilisation des masses financières affectées à la couverture maladie, une amélioration de la qualité, une meilleure adhésion des populations à ces choix. C'est pourquoi le Gouvernement mettra en œuvre des Etats généraux de la santé, en liaison avec la Conférence nationale de santé, qui se concluront à l'automne prochain. Il s'agit de permettre l'organisation

d'un très large débat public autour des objectifs de santé, des droits des patients et de l'organisation du système de soins. Ces Etats généraux comporteront une première étape, au niveau régional, à laquelle seront associées les conférences régionales de santé. Par ailleurs, le Gouvernement étudiera la possibilité de doter, d'une part, la Conférence nationale de santé de moyens lui permettant de définir des orientations précises pour la prise en charge des soins et, d'autre part, les conférences régionales de santé de moyens et de structures permanentes afin de suivre, en liaison avec les observatoires régionaux de santé, l'évolution des besoins de santé et de la situation sanitaire des populations et de mieux préparer leurs travaux.

Dans le même esprit, et en liaison étroite avec ces démarches, afin de disposer rapidement de documents d'orientation servant de base à la nécessaire recomposition des établissements de santé, les schémas régionaux d'organisation sanitaire seront remis en chantier avec un double objectif : partir des besoins de santé des populations et impliquer, dans leur élaboration, toutes les parties concernées, dès l'amont de celle-ci.

Par ailleurs, la création, en 1998, au sein du ministère, dans le champ de la santé et des affaires sociales, d'une direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques devrait permettre de disposer de données d'ensemble cohérentes à partir des productions des systèmes d'information existants dans le domaine de la santé et, plus largement, du social.

Son action favorisera la mise en cohérence, la transparence des différents éléments d'information disponibles, la production de nouveaux matériaux et la recherche, au service des pouvoirs publics, des décideurs de toute nature, des professionnels, de la population, et, en définitive, du débat public. Elle s'appliquera en particulier à mettre en place, en liaison avec les caisses nationales de la sécurité sociale, un outil de suivi des objectifs de dépenses par branche de l'ensemble des régimes obligatoires de base comptant plus de vingt mille cotisants votés par le Parlement.

1.2. UNE POLITIQUE DE LA SANTÉ PUBLIQUE RENFORCÉE :

Réunie les 30 juin, 1^{er} et 2 juillet 1997 à Lille, la Conférence nationale de santé a souligné la permanence des orientations qu'elle avait exprimées en 1996 et mis l'accent sur quatre objectifs :

- renforcer la prévention et la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes ;
- améliorer la prévention, le dépistage et la prise en charge des cancers ;

– diminuer l'incidence des affections iatrogènes et des infections nosocomiales ;

– réduire les inégalités de santé inter et intrarégionales.

Le Gouvernement partage les priorités de la Conférence nationale de santé. Il agira, en particulier, dans les directions suivantes :

1.2.1. L'impératif de prévention :

1.2.1.1. Renforcer l'action à l'égard de l'alcoolisme et du tabagisme qui sont responsables de plus de 20 % des décès :

A cet égard, le Gouvernement confirme sa volonté d'appliquer intégralement la loi Evin et son opposition à toute dérogation concernant la publicité en faveur de l'alcool, même lorsqu'il s'agit de la Coupe du monde de football en 1998. Les taxes sur le tabac sont relevées de 1,3 milliard de francs, qui serviront à financer des actions de prévention et d'éducation sanitaire concernant, notamment, la lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme et la toxicomanie.

Le dispositif spécialisé de lutte contre l'alcoolisme (centres d'hygiène alimentaire et d'alcoologie), qui pratique une prise en charge globale, à la fois sanitaire et sociale, sera renforcé. Le Gouvernement entend améliorer, en 1998, sa reconnaissance juridique et la prise en charge financière des soins qu'il administre.

1.2.1.2. Développer la promotion de la santé des enfants, des adolescents et des jeunes :

Un effort tout particulier devra être fait en matière de périnatalité.

Cette priorité s'insère dans l'objectif plus large d'un renforcement des actions auprès de la jeunesse, dans le cadre scolaire et extra-scolaire.

La promotion de la santé en milieu scolaire sera renforcée en développant, d'une part, l'éducation sanitaire qui relève de l'enseignement et, d'autre part, les services de santé scolaire qui relèvent de la médecine scolaire. Le Gouvernement développera les services de médecine scolaire, en particulier en facilitant des reconversions de médecins libéraux dans la médecine scolaire et en favorisant l'accès des médecins de ville en milieu scolaire. Les services de médecine scolaire devront organiser, en lien avec les chefs d'établissement, l'éducation à la santé dès le primaire.

Le Gouvernement entend simplifier les dispositifs et améliorer la coordination des intervenants en matière de santé des enfants et des adolescents. Des expériences pilotes seront menées dès 1998, et notamment dans le cadre des programmes régionaux de santé. Le pro-

blème de l'accueil, de la prise en charge et du suivi des jeunes en souffrance sera prioritairement examiné.

La prévention du saturnisme infantile sera renforcée. Un programme systématique de dépistage des intoxications au plomb sera mis en place en 1998. Parallèlement, le dépistage des immeubles à risque et le programme de réhabilitation seront étendus à l'ensemble du territoire national.

Un programme de prévention bucco-dentaire est mis en place par la CNAMTS (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés) dans le cadre d'un accord entre celle-ci et l'Etat.

1.2.1.3. Améliorer la prévention et le dépistage des cancers :

Outre les mesures contre l'alcoolisme et le tabagisme, qui sont une cause essentielle de surmortalité par le cancer dans notre pays, sera développé, dans le cadre d'un accord entre l'Etat et la CNAMTS, un programme renforcé de dépistage. En particulier, le dispositif de dépistage systématique des cancers du sein et du col de l'utérus sera renforcé afin de couvrir l'ensemble du territoire, d'ici l'an 2000.

Pour garantir la chaîne de qualité dans le dépistage, sera créé, d'ici la fin de cette année, un comité national de pilotage du dépistage.

1.2.2. Le renforcement des actions de santé publique :

1.2.2.1. Lutter contre les infections nosocomiales et les affections iatrogènes :

Dans ces domaines, notre pays a un effort particulier à faire. Le Gouvernement a décidé d'accélérer la mise en place des équipes opérationnelles d'hygiène hospitalière, ce qui implique des engagements supplémentaires de 182 millions de francs sur trois ans. De même, sera engagée la généralisation de ce processus dans les établissements privés. En particulier, sera étendue l'obligation de mise en place des comités de lutte contre les infections nosocomiales. En outre, l'INSERM (Institut national de la santé et de la recherche médicale) entame une expertise collective sur les maladies et accidents dus aux médicaments et à leurs modalités de prescription.

1.2.2.2. Renforcer la lutte contre les maladies transmissibles :

Le SIDA : au cours de l'année 1997, la lutte contre l'infection VIH s'est caractérisée notamment par l'efficacité des associations thérapeutiques antirétrovirales. Même si ces traitements comportent des limites (effets secondaires, résistances, incertitude sur l'efficacité à long terme), on a constaté une diminution importante des nouveaux cas de SIDA depuis un an. Cependant, on estime de 4 à 5 000 par an les nouvelles contaminations. Et l'accès au dépistage n'est pas suffi-

sant puisqu'un tiers des personnes atteintes ne connaissent leur infection qu'au stade de la maladie. Plus que jamais, l'attention doit être portée sur la prévention. L'information du public et la formation des professionnels seront renforcées en 1998, de façon coordonnée, en prenant en compte ces éléments. Enfin, la prise en charge du VIH par la médecine de ville et la mise en place des réseaux de soins seront développées dès la fin 1997 et en 1998.

L'hépatite C est une infection grave. Sa prévalence dans la population générale est estimée à environ un demi-million de personnes, dont un quart seulement connaît son statut sérologique. Le Gouvernement mènera en 1998 une politique active d'incitation au dépistage de l'hépatite C, à travers un élargissement des missions des centres de dépistage anonymes et gratuits, le développement d'une stratégie de dépistage, fondée sur le volontariat, notamment en milieu pénitentiaire, un développement des réseaux ville-hôpital « hépatite C ».

1.2.2.3. Poursuivre la lutte contre la toxicomanie et la politique de réduction des risques en direction des usagers de drogues :

Le Gouvernement renforcera les stratégies de prévention en direction des plus jeunes avec le souci d'une approche globale. Les lieux de prévention et d'orientation vers des prises en charge sanitaires et sociales, notamment en direction des toxicomanes sortant de prison et des plus marginalisés, seront augmentés. La coordination entre la médecine de ville, l'hôpital et les centres spécialisés sera renforcée. Les crédits de la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie seront renforcés en 1998.

1.2.2.4. Lutter plus efficacement contre le dopage en matière sportive :

La prévention et le contrôle des substances dopantes seront renforcés. La recherche contre le dopage sera accrue, notamment en vue de permettre le dépistage de substances actuellement indétectables.

1.2.2.5. Développer une politique active des soins palliatifs. Faire de la lutte contre la douleur une priorité de santé publique :

Un premier plan d'action sera mis en œuvre en 1998 comportant une information large du public, un renforcement de la formation initiale et continue des médecins et une amélioration de l'organisation des soins. Par ailleurs, le Gouvernement établira, avant la fin de l'année 1998, un bilan de l'application des dispositions de la loi hospitalière du 31 juillet 1991 prévoyant que les établissements de santé mettent en œuvre les moyens, définis dans leur projet d'établissement, propres à prendre en charge la douleur des patients qu'ils accueillent et ont l'obligation de leur dispenser les soins palliatifs que requiert leur état.

1.2.2.6. Prévenir, reconnaître et traiter en tant que tels les maladies professionnelles et les accidents du travail :

Une politique forte s'avère nécessaire dans ce domaine, avec un dispositif de reconnaissance des maladies professionnelles et des accidents du travail. Il conviendra de renforcer le rôle et les moyens de la médecine du travail et des comités d'hygiène et sécurité. Un rapport sera présenté sur ces points au Parlement à l'appui de la loi de financement de la sécurité sociale pour 1999.

1.2.3. Une nouvelle impulsion à la veille et à la sécurité sanitaire :

Après la réforme de l'organisation sanitaire en 1992 et au début de l'année 1993 – qui a vu notamment la création du Réseau national de santé publique, de l'Agence du médicament et de l'Agence française du sang –, le Gouvernement souhaite franchir une nouvelle étape pour tenir compte de l'évolution de notre système de santé et pour que l'Etat s'organise afin de conduire une politique active de prévention du risque.

Le renforcement de la veille et de la sécurité sanitaire passe d'abord par la mise en place de trois institutions nouvelles :

- l'Institut de veille épidémiologique aura en charge l'observation et la surveillance permanentes de l'état de santé de la population et un rôle d'information et d'alerte des pouvoirs publics à partir des données épidémiologiques recueillies. La création de cet établissement public, par transformation du Réseau national de santé publique, répond à la nécessité de remédier à la dispersion de l'information sur les maladies qui nuit à l'efficacité de la politique de santé publique dans notre pays ;

- une agence chargée de la sécurité sanitaire assurera l'évaluation et le contrôle de l'ensemble des produits de santé. Elle assurera des missions, qui sont aujourd'hui réparties entre plusieurs administrations, ou qui ne sont pas suffisamment assurées. Elle sera dotée d'une forte capacité d'expertise interne et externe pour mener à bien ses missions ;

- la création d'une agence chargée de la sécurité alimentaire répond à l'impératif d'une politique active dans le domaine de la protection de la santé au regard des risques d'origine alimentaire, dont la crise de l'encéphalopathie spongiforme bovine a montré l'importance.

L'efficacité de la sécurité sanitaire – au-delà des responsabilités fondamentales que l'Etat doit assumer – repose aussi sur la participation de tous, en particulier des professionnels de santé. Le Gouverne-

ment s'emploiera à ce que celle-ci soit une composante importante des actions de formation, des projets d'établissement et de la politique d'évaluation et de recherche. L'évaluation des pratiques professionnelles, la diffusion de recommandations doivent s'inscrire dans cette perspective.

Un crédit de 80 millions de francs est prévu en loi de finances pour renforcer les moyens des institutions en charge de la sécurité sanitaire. Au total, les programmes et dispositifs de l'Etat en faveur de la protection sanitaire de la population (hors programme spécifique de lutte contre l'alcoolisme, le tabagisme, la toxicomanie et le SIDA) se montent à 490 millions de francs, en augmentation sensible par rapport à 1997 (430 millions de francs).

En outre, la convention entre l'Etat et la CNAMTS permettra de dégager 300 millions de francs pour de nouvelles actions de prévention respectant les priorités de santé publique retenues par la Conférence nationale de santé et le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale. Enfin, le renforcement de l'implication des généralistes dans la prévention et leur participation aux actions de santé publique décidées dans le cadre de l'option conventionnelle devraient également favoriser cette nouvelle impulsion de la politique de santé publique.

1.3. UN SYSTEME DE SOINS PLUS EFFICACE ET TOURNÉ VERS LES BESOINS DE SANTÉ :

L'engagement et la compétence des personnels, à la ville et à l'hôpital, le haut niveau technique des installations permettent à notre système de soins de dispenser, globalement, des soins de haute qualité. En même temps, il subsiste des pertes d'efficience, des gaspillages, conjointement à des besoins mal satisfaits. Les difficultés d'accès aux soins des plus démunis, comme les fortes inégalités inter et intrarégionales et entre catégories sociales, sont des illustrations de cet état de fait. Parallèlement, le vieillissement durable de la population réclame, à l'évidence, le développement de capacités de soins spécifiques.

Les comparaisons menées avec les pays voisins montrent que la dépense de santé est relativement élevée dans notre pays malgré un taux de remboursement moyen parmi les plus bas. Il existe, à l'évidence, des marges de manœuvre pour que, tout à la fois, notre système de santé réponde, dans les meilleures conditions, à des besoins croissants de la population, tout en améliorant son efficience globale. C'est la volonté forte du Gouvernement de mener à bien ce double objectif en s'appuyant sur l'engagement des professionnels et des populations, sans lequel rien de profond ni de durable n'est possible.

1.3.1. Dégager les priorités des systèmes de soins, à partir des besoins de santé :

Si on veut tout à la fois maîtriser les dépenses de santé, améliorer la qualité des soins et répondre aux besoins légitimes et croissants de la population, une recomposition progressive de notre système de soins, appuyée sur les besoins de santé, est indispensable. La définition de ces besoins doit s'appuyer naturellement sur les comparaisons statistiques, les données épidémiologiques, les travaux d'experts, mais aussi sur les points de vue des professionnels et les attentes des populations. C'est dans cet esprit que le Gouvernement va lancer les Etats généraux de la santé. C'est avec la même préoccupation que le Gouvernement met en place un nouveau processus d'élaboration des SROS (schémas régionaux d'organisation sanitaire), qui se mettra en œuvre dès la fin 1997, pour la construction d'une nouvelle génération de ces schémas, selon une méthode d'élaboration interactive, avant la fin de l'année 1998. Le point de départ de la démarche sera la prise en compte des besoins de santé et des conditions de vie et de déplacement des populations. A partir de ces éléments, les nouveaux SROS définiront la part qui revient à l'hospitalisation dans la satisfaction de ces besoins et, corrélativement, éclaireront la place de la médecine de ville et les liens entre le sanitaire et le médico-social. L'implication des professionnels, des élus et de la population sera effective à toutes les étapes et pas seulement en fin de parcours. Les conférences régionales de santé seront étroitement associées à ce processus. L'animation de cette démarche reposera à la fois sur les agences régionales de l'hospitalisation (ARH), appuyées par les directions régionales d'administration sanitaire et sociale et les caisses régionales d'assurance maladie, et sur l'engagement de professionnels et de personnalités ayant une légitimité dans le domaine de la santé. Ces démarches doivent tout à la fois améliorer la pertinence des schémas, asseoir leur légitimité aux yeux des élus et des populations et renforcer leur opérabilité.

1.3.2. Consolider le rôle de l'hôpital par une recomposition progressive du tissu hospitalier et une amélioration de son organisation interne :

L'hôpital est une composante centrale de notre système de soins. Développant les technologies les plus modernes, il est en même temps ouvert à toutes les catégories sociales. S'appuyant sur un personnel mobilisé et de haute qualification, il rend de grands services à la population. Cet apport est essentiel. Le Gouvernement tient à le souligner. Il se traduira, en 1998, dans l'évolution des budgets hospitaliers, sensiblement supérieure à celle que nous avons connue en 1997.

En s'appuyant sur les nouveaux SROS, les ARH mèneront une politique active de recomposition du tissu hospitalier, avec le souci du

décloisonnement des différentes composantes de l'offre de soins et des découpages actuels des secteurs sanitaires et du développement de réseaux. A partir d'une vision d'ensemble des enjeux de santé sur leur territoire, et avec le souci d'une légitimité démocratique renforcée, les ARH passeront avec les hôpitaux des contrats pluriannuels, qui traduiront leurs priorités stratégiques, telles qu'elles doivent ressortir des SROS, en prenant en compte leur projet d'établissement.

La recomposition du tissu hospitalier reposera sur trois critères indissociables : le besoin, la qualité et l'efficacité. L'hôpital doit en priorité répondre aux besoins de la population, qui évoluent dans leur nature, dans leur ampleur et dans leur localisation. L'hôpital doit, en outre, offrir des prestations de qualité conformes aux exigences professionnelles et dans le respect des normes de sécurité. L'hôpital, enfin, doit être une organisation efficace.

Les inégalités à l'intérieur du système hospitalier seront combattues. Le Gouvernement veillera à assurer une plus grande transparence dans les procédures relatives aux relations entre l'Assistance publique-Hôpitaux de Paris (AP-HP) et l'agence régionale de l'hospitalisation d'Île-de-France. La politique de réduction des inégalités entre régions sera poursuivie, à partir de critères affinés comme le recommande la Conférence nationale de santé, en s'appuyant notamment sur les travaux du Haut Comité de la santé publique. En outre, les inégalités entre établissements seront également réduites en tenant compte de la disparité qui peut exister entre la zone d'influence d'un établissement et le découpage administratif auquel il est soumis. Enfin, l'objectif des cliniques privées sera régionalisé, comme le prévoit la loi, afin de rapprocher les modes de régulation des deux secteurs de l'hospitalisation.

Pour faciliter ces évolutions, l'Etat met en place un fonds de modernisation hospitalière, doté de 500 millions de francs (en autorisations de programme), dès 1998, destiné à financer des investissements nécessaires à la recomposition. Parallèlement, un fonds de 300 millions de francs financé par l'assurance maladie facilitera les adaptations sociales liées à ces évolutions.

Une impulsion aux actions de réorganisation interne des hôpitaux sera donnée dans le triple souci de l'amélioration de la qualité des soins, du renforcement de l'efficacité et de l'amélioration des conditions de travail du personnel. Dans le même esprit, seront étudiés les moyens d'améliorer les modes de gestion interne de l'hôpital. Sur la base des observations de la Cour des comptes relatives à l'activité libérale des praticiens hospitaliers, une attention particulière sera portée à l'évolution des règles d'encadrement de cette activité libérale et à leur contrôle.

L'objectif de qualité des soins sera renforcé, grâce au développement des procédures d'accréditation et de l'évaluation des pratiques, outils au service de l'hôpital, des professionnels et, en définitive, des patients. C'est dans cet esprit que l'ANAES (Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé) développera son activité, en lançant, dès réception des premières demandes, les premières procédures d'accréditation des établissements de santé.

1.3.3. Impliquer les professionnels dans la régulation de la médecine de ville :

Les dépenses de médecine de ville sont le résultat de millions d'actes et de prescriptions réalisés par de très nombreux professionnels. L'évolution des connaissances, des techniques, des médicaments conduit à une évolution des pratiques. La diversité des patients et de leurs modes de vie rend inévitable une multiplicité des pratiques médicales.

C'est dans ce contexte qu'il faut concevoir la régulation des dépenses de médecine de ville. Celle-ci s'appuie sur deux types de dispositifs, tous deux nécessaires, tous deux, en eux-mêmes, insuffisants :

- la régulation globale qui s'articule autour d'objectifs, d'enveloppes et de mécanismes propres à assurer leur mise en œuvre. Fixer ainsi un cadre général à l'évolution des dépenses est nécessaire pour assurer la pérennité de notre système de couverture maladie, qui ne survivrait ni au déficit permanent ni à la hausse constante de cotisations ou à la diminution des remboursements. Pour autant, ces objectifs ne garantissent pas en eux-mêmes la qualité des soins ni l'adéquation des ressources aux besoins ;

- la maîtrise médicalisée qui vise à bannir les pratiques dangereuses et inutiles, mais plus largement à améliorer, en continu, les interventions des professionnels. Personne ne conteste la nécessité d'éviter des gaspillages. Mais cela ne passe pas seulement par des normes car l'acte médical ne peut s'enfermer dans des protocoles uniformes, et la relation entre un patient et son médecin ou d'autres professionnels de santé n'obéit pas à des standards. Et il ne s'agit pas seulement de combattre les fautes et les déviations, mais aussi de permettre une amélioration permanente des pratiques professionnelles.

Le Gouvernement entend donc mener une politique de régulation des dépenses de médecine de ville, en s'appuyant sur ces deux types de dispositifs, qui sont complémentaires. Cela passe par une implication plus grande des professionnels dans les dispositifs de régulation, qui ne peuvent fonctionner qu'avec leur adhésion et leur participation.

Cette perspective repose sur la conviction que les intérêts des professionnels et de la protection sociale, loin d'être antagonistes, sont convergents.

Le Gouvernement est prêt au dialogue sur les moyens d'améliorer les dispositifs de régulation globale, avec le souci, sauf événement particulier et inattendu, d'assurer le respect des enveloppes fixées en début d'année en fonction de l'objectif national d'évolution des dépenses d'assurance maladie voté par le Parlement dans la loi de financement de la sécurité sociale. Il a indiqué aux représentants des professions qu'il était prêt à étudier leurs propositions. La maîtrise médicalisée doit également évoluer. Organisée aujourd'hui autour des références médicales opposables (RMO), elle doit s'enrichir par la diffusion de recommandations de bonne pratique. C'est, d'ailleurs, un enjeu central de l'option conventionnelle. Le Gouvernement souhaite prendre, en lien avec la profession, des initiatives pour dynamiser l'activité des unions régionales de médecins libéraux en faveur de l'évaluation des pratiques professionnelles, en vue de l'amélioration des soins, d'une participation active à l'informatisation et aux systèmes d'information de santé et, plus largement, de renforcer leur place dans le système de soins et dans les actions en faveur de la santé publique. Il favorisera également le développement d'expérimentations de réseaux de soins, avec le souci de la qualité des soins, de la non-sélectivité des patients, de la coordination des intervenants et de l'économie des moyens mis en œuvre. Dans ce contexte, la coopération ville-hôpital constitue un objectif essentiel. Le Gouvernement s'emploiera à étudier la situation des infirmières et infirmiers libéraux. Il s'attachera à prendre en compte les spécificités de l'exercice de cette profession, notamment en milieu urbain.

L'informatisation de notre système de santé peut être un levier majeur pour les progrès de notre système de soins libéral. Provoqué par la volonté d'automatiser les remboursements, il est important que ce projet acquière une dimension plus large au service des professionnels et de la qualité des soins : volet d'information médicale de la future carte d'assuré social, développement des échanges d'informations entre praticiens pour une meilleure cohérence du suivi des patients, diffusion de logiciels d'aide à la prescription et de référentiels de bonnes pratiques, production d'informations à partir des codages des actes et des pathologies à destination tant des praticiens que des caisses et des organismes publics tels que l'Institut de veille épidémiologique.

Le Gouvernement donnera une impulsion nouvelle à l'informatisation du système de santé, avec le double souci de mettre en place un pilotage cohérent de l'ensemble du projet et de construire un disposi-

tif au service des assurés sociaux, des professionnels et de la qualité des soins.

Il s'engage à accélérer la révision de la nomenclature.

1.3.4. Une attention soutenue à la formation des professionnels de santé :

Le Gouvernement a engagé une réflexion sur la réforme des études médicales, tenant compte du changement profond du contexte scientifique et culturel de la médecine et de la santé. Cette indispensable rénovation des études médicales doit permettre de prendre en compte les besoins non satisfaits en matière de prévention, de santé publique, et d'encourager l'orientation des étudiants dans des disciplines pour lesquelles se fait jour une pénurie, comme l'anesthésie, l'obstétrique et la psychiatrie. Elle doit s'attacher à promouvoir le rôle des médecins généralistes. Compte tenu de l'urgence de la situation, le Gouvernement présentera au Parlement, au cours de l'année 1998, des propositions en vue d'améliorer les conditions d'exercice des spécialités mentionnées ci-dessus dans les établissements participant au service public hospitalier.

La formation médicale continue, consacrée comme un devoir professionnel par le code de déontologie, a été rendue obligatoire par les ordonnances du 24 avril 1996. Le caractère obligatoire est rendu indispensable par la rapidité de l'évolution des connaissances.

Le Gouvernement définira un cadre qui permette au dispositif de la formation médicale continue de fonctionner correctement en répondant aux impératifs de qualité, d'indépendance, de transparence qui, seuls, peuvent garantir son efficacité et son adéquation aux objectifs généraux de la politique de santé. L'organisation de la formation continue doit, en outre, favoriser les échanges entre les différents modes d'exercice professionnel et non pas consacrer les cloisonnements dont souffre notre système de santé.

La même attention sera portée à la formation des autres professions médicales et des professions paramédicales ainsi qu'à la formation médicale continue hospitalière.

1.3.5. Une politique du médicament qui favorise l'innovation et évite les surconsommations :

Les dépenses de médicaments représentent 15 % des dépenses de santé, soit un niveau élevé à l'intérieur de l'Union européenne, principalement du fait des consommations très élevées de certains produits.

Pour de nombreuses classes de médicaments, les comparaisons internationales semblent indiquer une surconsommation de médicaments en France. L'Observatoire des prescriptions établira un bilan de l'adéquation entre les prescriptions et les besoins pour les principales classes thérapeutiques, et des objectifs seront définis pour chacune d'elles.

Sur cette base, sera développée la politique conventionnelle avec les industriels, avec l'objectif global de réduction des volumes d'unités vendues, tout en favorisant la recherche de nouvelles molécules. En outre, le Comité économique du médicament fera appliquer, lors de l'inscription ou de la réinscription des médicaments au remboursement, les règles de conditionnement qui viennent d'être redéfinies par la Commission de transparence. De même, l'objectif de limitation des dépenses promotionnelles sera poursuivi avec une vigueur renforcée, dans le cadre de la politique conventionnelle. La taxe sur la publicité pharmaceutique sera aménagée : son taux sera croissant en fonction de la part des dépenses de promotion dans le chiffre d'affaires ; mais la promotion des médicaments génériques bénéficiera d'un abattement. Le rendement de cette mesure est de 300 millions de francs.

Parallèlement, l'utilisation de génériques et de médicaments essentiellement comparables sera encouragée. L'option conventionnelle ouvre également, à cet égard, des perspectives qu'il faudra consolider. Enfin, le Gouvernement mettra à l'étude la mise en œuvre d'un droit de substitution des pharmaciens tenant compte de la nécessaire adhésion des prescripteurs.

Enfin, la qualité de la prescription pharmaceutique sera améliorée, dans le cadre de l'action globale auprès des prescripteurs, de promotion des « bonnes pratiques ». C'est un enjeu essentiel que d'améliorer l'information des prescripteurs. Il y a là un rôle central pour l'action publique, dans lequel la CNAMTS doit prendre une place déterminante.

1.3.6. L'assurance maladie ouverte à tous avec une attention particulière aux plus modestes :

Le Gouvernement présentera au Parlement, en 1998, un projet de loi permettant la mise en place d'une assurance maladie universelle. Cette réforme, en rupture avec l'organisation actuelle de la Sécurité sociale, vise à offrir à l'ensemble des personnes résidant en France un dispositif garantissant le droit aux prestations en nature de l'assurance maladie. Le système actuel, constitué au fil du temps, est d'une extrême complexité, qui ne garantit pas la sécurité des droits accordés et ne permet pas aux plus défavorisés d'y accéder facilement.

La réforme mise en place garantira à tous les résidents l'accès à la sécurité sociale et, pour les plus démunis, la prise en charge du ticket modérateur. La prochaine mise en œuvre de l'assurance maladie universelle a pour corollaire la généralisation de la contribution des résidents à son financement. C'est le sens de la substitution de la CSG à la cotisation maladie.

2. UNE POLITIQUE DE SÉCURITÉ SOCIALE AXÉE SUR L'APPROFONDISSEMENT DES SOLIDARITÉS :

2.1. UNE POLITIQUE FAMILIALE DAVANTAGE TOURNÉE VERS LES FAMILLES MODESTES :

L'effort de notre pays en matière de politique familiale, sous forme de prestations sociales et d'aides sociales et fiscales, est important en regard de ce que font les autres pays européens. Il est cependant inégalement réparti. Le Gouvernement souhaite mettre davantage de justice dans les transferts financiers vers les familles, avec le souci d'une appréhension globale de la politique familiale et la volonté de restaurer l'équilibre financier, gravement compromis aujourd'hui, de la branche famille.

2.1.1. Des transferts financiers plus justes :

Aujourd'hui, les allocations familiales ne sont distribuées entre dix-huit et vingt ans que si l'enfant est étudiant ou suit une formation en alternance, sous certaines conditions. Elles ne sont pas attribuées à des familles, souvent modestes, qui conservent des enfants à charge, chômeurs ou sans activité particulière. Le Gouvernement a décidé de corriger cette situation pour les jeunes de dix-huit à dix-neuf ans. A l'inverse, les allocations familiales ne seront plus versées pour les familles qui disposent d'un revenu net supérieur à 25 000 F. Ce plafond est majoré de 7 000 F pour les biactifs et les familles monoparentales et de 5 000 F par enfant à partir du troisième. Le Gouvernement veillera à ce que les caisses d'allocations familiales puissent faire face aux évolutions de la situation des ménages concernés. Cela touche 350 000 familles sur un total de 4 500 000 qui perçoivent les allocations familiales. Et, aujourd'hui, ce sont les familles les plus favorisées qui bénéficient des aides les plus importantes. Un couple avec deux enfants qui gagne 700 000 F nets par an reçoit 40 500 F. S'il gagne 100 000 F, il reçoit 9 200 F. Cette mesure sera réexaminée en 1998 à l'occasion de la redéfinition de l'ensemble des aides à la famille.

Par ailleurs, les aides au logement, qui concernent des familles modestes et très modestes (le niveau moyen des ressources annuelles

par ménage est estimé à 49 160 F en 1995), ont été revalorisées au 1er juillet 1997, après trois ans de stagnation, ce qui représente un coût, pour la CNAF (Caisse nationale des allocations familiales) de 650 millions de francs. Le Gouvernement entend poursuivre cet effort avec le souci de rapprocher progressivement l'allocation de logement familiale (ALF) et l'aide personnalisée au logement (APL). L'implication des caisses d'allocations familiales dans les fonds de solidarité pour le logement sera généralisée et amplifiée.

2.1.2. Des aides à la garde d'enfants plus justes et mieux orientées :

Aujourd'hui, outre les 250 000 enfants de moins de trois ans accueillis à l'école maternelle, près de 500 000 enfants bénéficient d'un accueil aidé ; plus de la moitié est gardée par une assistante maternelle, ce qui induit le bénéfice de l'AFEAMA (Aide à la famille pour l'emploi d'une assistante maternelle agréée) ; plus de 40 % sont en crèche et environ 7 % sont gardés à domicile par un salarié, leurs parents bénéficiant de l'AGED (Allocation de garde d'enfant à domicile). Il existe des différences très importantes dans les aides publiques aux différents modes de garde, qui privilégient la garde individuelle (le cumul de l'AGED et de la réduction d'impôt pour emplois familiaux peut représenter une aide publique dépassant 80 000 F par an), au détriment des modes de garde en crèche familiale ou collective.

Le Gouvernement rééquilibrera l'aide aux différents modes de garde. Le taux de prise en charge des cotisations sociales par l'AGED passera de 100 % à 50 %. Ce taux sera toutefois de 75 % et le montant maximal majoré en conséquence pour la garde d'un enfant de moins de trois ans lorsque les ressources du ménage sont inférieures à un plafond annuel de 300 000 F.

Plus largement, le Gouvernement engagera une réflexion sur les conditions d'accueil des petits enfants, afin de favoriser les prises en charge collectives qui assurent un meilleur éveil des enfants et une plus grande mixité sociale.

2.1.3. Une politique de la famille repensée :

Au-delà de ses évolutions, la famille reste la cellule de base de l'éducation et de la cohésion sociale. Le Gouvernement entend promouvoir une politique d'aide aux familles, qui prenne en compte la globalité des situations auxquelles elles sont confrontées et des problèmes auxquels elles doivent faire face.

C'est dans cette optique que le Gouvernement a souhaité améliorer les aides au logement qui touchent un aspect essentiel de la vie quotidienne de l'enfant et de sa famille.

La politique de la famille ne se réduit pas à des aides financières. C'est pourquoi, plus largement, le Gouvernement souhaite soutenir les familles dans leur rôle éducatif : accompagnement parental, médiation familiale, aménagement du temps de l'enfant et développement des activités extrascolaires, aide aux devoirs... Le Gouvernement attache une importance toute particulière à une augmentation et une meilleure adaptation des réponses aux besoins des six-seize ans, en particulier dans les quartiers en difficulté. Un programme spécifique dans ces domaines sera présenté en 1998. Les politiques publiques devront particulièrement prendre en compte cet objectif.

La fonction de médiateur sera développée dans tous les organismes dispensateurs de prestations.

Le Gouvernement mettra en place un délégué interministériel à la famille.

Plus largement, le Gouvernement souhaite que la politique à l'égard des familles fasse l'objet d'un réexamen d'ensemble, en ce qui concerne tant la fiscalité, notamment par l'étude de la révision du quotient familial et de l'intégration des allocations familiales dans le revenu imposable, que les prestations familiales et l'ensemble des actions publiques qui y concourent. Dans cette perspective, la question de l'attribution des allocations familiales dès le premier enfant sera examinée. Il s'agit à la fois de tirer les leçons des évolutions qui se produisent dans la société et de proposer une politique efficace et active au service des familles. Le Gouvernement réunira la Conférence de la famille et présentera au Parlement, avant la fin de l'année prochaine, les lignes d'action d'une politique familiale ambitieuse adaptée aux réalités de notre temps.

2.2. UNE POLITIQUE DE LA VIEILLESSE, AU SERVICE DES PLUS FRAGILES, QUI TIRE LES CONSÉQUENCES DES ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES :

La situation financière de la branche vieillesse reste déséquilibrée. Cette situation devrait perdurer dans les années à venir à législation constante, sans connaître cependant une aggravation significative jusqu'en 2005. Cette situation appelle une réflexion approfondie sur l'évolution des prestations et des ressources des systèmes de retraite que le Gouvernement entend conduire en prenant en compte l'évolution des conditions du vieillissement, de la durée et du mode de vie. L'observation continue de la situation et des perspectives du système de retraite n'est aujourd'hui pas possible. Pour disposer d'une projection à long terme des régimes de retraite, une réflexion sera engagée sur la mise en place d'un observatoire des retraites. Les mesures financières que le Gouvernement propose au Parlement pour 1998 devraient cependant réduire le déficit du régime général

vieillesse de plus de moitié par rapport à son évolution tendancielle. En tout état de cause, le Gouvernement réaffirme sa volonté absolue de sauvegarder le socle de solidarité que constitue le mécanisme de répartition.

La loi instaurant une prestation spécifique dépendance a été votée sous la précédente législature et sa mise en œuvre est largement engagée. Elle comporte des avancées (développement de la coordination gérontologique, élaboration d'un plan d'action personnalisée au domicile du demandeur...), mais aussi des risques, notamment du fait des inégalités de traitement sur le territoire. Un suivi attentif sera assuré avec le Comité national de coordination gérontologique. Au vu des informations recueillies sur les conditions d'application de la loi, il conviendra d'apporter au dispositif en vigueur les améliorations et les réformes nécessaires.

Le Gouvernement a également décidé de proposer au Parlement de créer 7 000 lits de section de cure médicale et 2 000 places nouvelles de services de soins infirmiers à domicile, qui n'ont pas été ouverts faute de financements. L'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM) pour 1998 intègre les moyens financiers destinés à cet effort supplémentaire. En outre, le Gouvernement souhaite mener en 1998 l'indispensable réforme de la tarification des établissements accueillant les personnes âgées.

2.3. LE DÉVELOPPEMENT D' ACTIONS EN FAVEUR DES PERSONNES PARTICULIÈREMENT VULNÉRABLES :

2.3.1. Les personnes handicapées :

Le Gouvernement renforcera les programmes d'action en faveur des personnes handicapées. Son objectif est de leur apporter des réponses adaptées et diversifiées, conjuguant harmonieusement le respect de leur citoyenneté et de leurs droits, l'exigence d'égalisation des chances et la prise en compte de leurs souhaits légitimes d'une meilleure intégration et vie sociale.

Dans cet esprit, la couverture du territoire en centres d'action médico-sociale précoce sera améliorée par la création de cinq nouveaux centres. L'intérêt de ces structures est manifeste, à travers leurs fonctions de prévention, de dépistage et de diagnostic précoce mais aussi d'aide et d'accompagnement du jeune enfant handicapé et de sa famille, dans le cadre de réseaux coordonnés associant en aval les services d'éducation spécialisés et de soins à domicile et les instituts médico-éducatifs.

Les insuffisances de places pour adultes handicapés ont engendré le dispositif issu de l'amendement Creton, lequel a généré, au fil des

ans, des difficultés de gestion de plus en plus importantes. C'est pourquoi un plan d'action sera mis en place à partir de 1998 et, dès le prochain exercice, des moyens nouveaux seront dégagés afin de développer la création de places nouvelles pour l'accueil de ces jeunes adultes, soit en maisons d'accueil spécialisées, soit en foyers à double tarification dont le statut juridique sera conforté.

Par ailleurs, un plan d'action sera initié pour améliorer la prise en charge des personnes atteintes d'un handicap rare (sourds-aveugles, aveugles ou sourds multihandicapés, dysphasiques, personnes handicapées porteuses d'une affection somatique grave). En outre, le programme de création de places médico-sociales adaptées aux traumatisés crâniens sera poursuivi à hauteur de 50 millions de francs.

Enfin, l'accent sera mis sur le développement de la possibilité, pour les personnes handicapées, d'exercer le libre choix de leurs lieu et mode de vie, en rendant possible le maintien ou le retour, dans leur cadre de vie ordinaire, si elles le souhaitent, grâce au développement des services d'aide à domicile par des formules complémentaires de celles déjà existantes et grâce à un meilleur recours aux aides techniques qui fait l'objet d'une expérimentation en cours dans cinq départements.

3. UN REDRESSEMENT FINANCIER TRÈS IMPORTANT ET UN FINANCEMENT PLUS ASSURÉ QUI CONSOLIDENT LA PROTECTION SOCIALE

En 1997, le régime général connaîtra un déficit d'environ 37 milliards de francs. Le Gouvernement entend arrêter l'hémorragie qui touche notre système de protection sociale depuis 1993 et prendre les mesures qui permettent un équilibre financier durable. Par rapport à une évolution tendancielle qui conduirait à un déficit de 33 milliards de francs, le Gouvernement entend faire un effort net supérieur à 20 milliards de francs, à travers des économies et des recettes nouvelles, qui prennent également en compte les dépenses nouvelles déjà présentées. Sur la base des hypothèses économiques disponibles aujourd'hui, le Gouvernement entend parvenir à l'équilibre des comptes en 1999.

3.1. UNE ÉVOLUTION MAÎTRISÉE DES DÉPENSES DE SANTÉ :

L'ONDAM est fixé pour 1998 à 613,6 milliards de francs, soit une augmentation de 2,2 % par rapport à l'année 1997, sensiblement plus importante que celle de l'année dernière (1,7 %). Cette évolution, qui reste rigoureuse, traduit une double volonté : d'une part, notre système de santé doit être à même de répondre, dans les meilleures condi-

tions, aux besoins croissants de la population ; d'autre part, il faut en améliorer l'efficacité globale.

L'évolution des dépenses est moins rapide que celle des prévisions de recettes spontanées, ce qui induit une économie implicite de 9 milliards de francs. La politique de santé contribue également à l'équilibre financier de l'assurance maladie, sans nouveaux déremboursements.

Cette évolution de l'ONDAM est cohérente avec l'évolution globale des dépenses de santé. Expression de la solidarité devant la maladie, le niveau de prise en charge des soins par le système de protection sociale doit, en effet, être maintenu et, dans la mesure du possible, amélioré. Comparé aux autres pays développés, il est relativement faible en France où il se situe à 73,5 %. La fixation d'un objectif de dépenses d'assurance maladie ne conduira pas à une diminution du taux de couverture.

3.2. UNE RÉFORME EN PROFONDEUR DU FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE QUI ÉLARGIT L'ASSIETTE DES COTISATIONS SOCIALES ET CONSOLIDE LE FINANCEMENT DE LA PROTECTION SOCIALE :

Le financement de la protection sociale en France repose de façon dominante sur la masse salariale, sensiblement plus que dans la plupart des autres pays européens. Cette situation fragilise les comptes de la Sécurité sociale, compte tenu de la sensibilité de la masse salariale à la conjoncture, alors que l'évolution des dépenses y est beaucoup moins liée. En outre, elle ne correspond pas, du moins en ce qui concerne les branches famille et maladie, à l'économie des régimes qui visent à toucher tous les résidents. La mise en place de l'assurance maladie universelle en est d'ailleurs la confirmation, en ce qui concerne cette branche.

C'est pourquoi le Gouvernement entend élargir l'assiette du financement de la protection sociale, en particulier par la substitution de la CSG à la cotisation maladie, et conforter ainsi les ressources du régime.

La CSG sera augmentée de 4,1 points sur les revenus d'activité et ceux tirés de l'épargne et de 2,8 points sur les revenus de remplacement. Les cotisations maladie des actifs salariés seront fortement réduites. L'augmentation de la CSG prélevée sur les revenus d'activité, de remplacement et du patrimoine soumis à l'impôt sur le revenu au barème progressif sera en totalité déductible du revenu imposable.

Ce transfert a pour objectif :

- de rééquilibrer les prélèvements sociaux entre revenus du travail et du capital. Il est, en effet, équitable que l'ensemble des revenus contribue à un système d'assurance maladie qui vise à s'adresser à tous. Ce rééquilibrage entre les divers types de revenus sera prolongé par l'extension de l'assiette des prélèvements de 1 %, sur les revenus du capital, actuellement affectés à la CNAF et la CNAVTS (Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés), à l'ensemble des revenus du capital concernés par la CSG ;

- d'accroître substantiellement le pouvoir d'achat des actifs salariés et d'une grande part des autres actifs, ce qui contribuera à la relance de la consommation et permettra d'engager, dans les meilleures conditions, les négociations sur la réduction du temps de travail.

Le Gouvernement souhaite, par ailleurs, voir évoluer progressivement l'assiette des cotisations patronales, afin de consolider le financement de la protection sociale. Dans cet esprit, seront poursuivies les réflexions sur les modifications d'assiette, notamment en référence à la valeur ajoutée. L'impact économique des scénarios envisagés sera étudié parallèlement par le Conseil d'analyse économique placé auprès du Premier ministre. Le Gouvernement disposera ainsi de l'ensemble des éléments nécessaires pour engager la réforme.

3.3. DES MESURES COMPLÉMENTAIRES QUI CONSOLIDENT LE REDRESSEMENT FINANCIER :

Le projet de loi de financement prévoit de transférer à la CADES la dette du régime général, à nouveau constatée depuis 1996, en dehors de 17 milliards de francs déjà provisionnés au titre de l'année 1996. En conséquence, la perception du RDS sera prolongée de cinq ans. Le taux du RDS restera inchangé. Le Gouvernement présentera à l'appui de la loi de financement pour 1999 un rapport étudiant les possibilités d'harmonisation des assiettes du RDS et de la CSG.

La cotisation d'allocations familiales des travailleurs indépendants non agricoles est aujourd'hui plafonnée pour une part (0,5 point sur un taux global de 5,4 points), alors qu'ils perçoivent les mêmes prestations que les autres résidents. Le déplafonnement du 0,5 point restant permettra d'aligner les contributions des différentes catégories d'actifs. Un gain de 300 MF en 1998 et 450 MF en année pleine est attendu de cette mesure.

La taxe sur les contrats de prévoyance passera de 6 à 8 %, ce qui procure une recette supplémentaire de 500 millions de francs.

Les grossistes de distribution pharmaceutiques exercent une fonction de service public en assurant la livraison de médicaments

sans délai sur l'ensemble du territoire national. Le développement des ventes directes des laboratoires pharmaceutiques aux pharmacies fragilise ce système de distribution. C'est pourquoi il est proposé de taxer les ventes directes, qui représentent environ 10 % du marché, pour un rendement attendu de 300 millions de francs.

Diverses mesures d'intégration de caisses vieillesse (CCI de Roubaix, Cultes) procureront 300 millions de francs de recettes au régime général en 1998, mais pèseront sur les comptes futurs, compte tenu des déséquilibres démographiques. L'application de la règle commune à la compensation bilatérale entre la CNAMTS et la Caisse de retraite et de prévoyance des employés et clercs de notaires procure un supplément de ressources de 230 millions de francs au régime général. Elle ne remet en cause ni l'existence de ce régime spécial ni sa pérennité.

Enfin, le régime général bénéficiera d'une affectation partielle de l'excédent de la contribution sociale de solidarité des sociétés pour un montant de 2,2 milliards de francs.

Vu pour être annexé au projet de loi adopté par l'Assemblée nationale dans sa séance du ~~15 novembre~~ 1997. H 2 décembre

Le Président,

Signé : LAURENT FABIOUS.