

ASSEMBLÉE NATIONALE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

12^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2003-2004

39^e séance

COMPTE RENDU INTÉGRAL

3^e séance du mardi 28 octobre 2003



SOMMAIRE

PRÉSIDENTE DE M. MARC-PHILIPPE DAUBRESSE

1. **Loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 9587).

DISCUSSION GÉNÉRALE

M. Yves Bur,
Mme Catherine Génisson,
M. Jean-Luc Préel,
Mme Jacqueline Fraysse,
M. Bernard Accoyer,
Mme Elisabeth Guigou,
MM. Pierre-Christophe Baguet,
Maxime Gremetz,

Bernard Perrut,
Alain Claeys,
Denis Jacquat,
Jacques Domergue,
Mme Marie-Françoise Clergeau,
MM. Jean-Marie Rolland,
Jean-Paul Bacquet,
Paul-Henri Cugnenc,
Mmes Hélène Mignon,
Martine Aurillac.

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

2. **Dépôt d'un rapport en application d'une loi** (p. 9615).
3. **Ordre du jour des prochaines séances** (p. 9615).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTICE
DE M. MARC-PHILIPPE DAUBRESSE,
vice-président

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

1

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2004

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n^{os} 1106, 1157).

Discussion générale

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à M. Yves Bur, premier orateur inscrit.

M. Yves Bur. Monsieur le président, monsieur le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, monsieur le ministre délégué à la famille, mes chers collègues, après des années de déficit chronique contre lequel de multiples plans de sauvetage ont été engagés – dont le plus ambitieux reste celui proposé par le gouvernement d'Alain Juppé –, force est de constater que la sécurité sociale, ou plus précisément notre assurance maladie, se trouve à nouveau au bord de l'abîme.

Le déficit se creuse, sous l'effet, certes, de la crise économique, mais aussi et surtout sous celui d'une tendance lourde d'augmentation des dépenses de soins et de santé.

Oui, il s'agit bien d'un mal profond, structurel, qui minait notre système de solidarité et qui ne peut être guéri par les approches superficielles dont nos prédécesseurs se sont contentés. Ils ont préféré ignorer sa gravité et, faute de remède, ont préféré recourir aux facilités procurées par la croissance, cependant qu'ils la sapaient par de mauvaises réformes qui n'ont qu'aggravé les difficultés que connaissent notre pays et, plus particulièrement, notre système de santé.

Les dépenses augmenteront de 6,5 % en 2003. C'est une lame de fond que doivent affronter tous les gouvernements des pays développés à la recherche de recettes pour une maîtrise durable des dépenses de santé.

En effet, mieux informée, plus riche, notre société est devenue plus exigeante pour ses besoins de santé, qui ne se résument plus à la lutte contre la maladie : on veut vivre plus longtemps et mieux, donc en bonne santé.

Ainsi, en France, nos dépenses de santé ont augmenté de plus de 25 % entre 1999 et 2003. Mais cette aggravation des coûts menace à présent les fondements mêmes de notre pacte social face à la maladie. Or nous tenons tous à ce pacte, qui est pour nous, comme pour tous les Français, l'expression la plus aboutie de la solidarité. Même si aucun expert n'a été en mesure de proposer des solutions globales, tous sont d'accord pour affirmer que de vraies réformes sont inéluctables pour rétablir un véritable pilotage de notre système d'assurance maladie, pour imposer une utilisation plus efficace des ressources collectives et pour promouvoir un nouvel esprit de responsabilité qui permettra à chacun d'être un acteur de sa santé.

La question qui se pose à nous, mes chers collègues, ainsi qu'à l'ensemble de la communauté nationale, est grave : voulons-nous sortir enfin de cette spirale des déficits, mortelle pour la solidarité ? Voulons-nous faire ensemble les choix, à coup sûr difficiles, qui permettront de donner à la solidarité face à la maladie des perspectives nouvelles ?

Alors que le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie s'est saisi du sujet à la demande du Président de la République et du Premier ministre, les discussions autour du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 nous donnent une occasion unique de débattre des orientations de la réforme qui se construit et qui sera au cœur du débat politique l'an prochain. Le groupe UMP y est prêt, afin que cette nouvelle solidarité trouve son socle dans un partage aussi large que possible, car personne ne réussira une réforme de notre système de santé en dressant les Français les uns contre les autres : la sécurité sociale est notre patrimoine commun, un bien que nous devons adapter, moderniser en permanence pour tenir compte de l'évolution de notre société.

Pour nous, il faut enfin que solidarité rime avec responsabilité et ne soit plus seulement synonyme de droits. Même si nous tenons tous au respect du droit à des soins de qualité – objectif qui reste à atteindre –, l'exercice de ce droit ne peut se transformer en un droit de tirage illimité au nom du droit à la santé. Et c'est bien parce que nous souhaitons que ce droit devienne un droit universel, accessible à chaque personne, que nous devons avoir conscience que le sauvetage de l'assurance maladie, à l'instar de celui de nos retraites, est un passage obligé, quand bien même cela exigera des efforts de tous les acteurs.

Les attitudes et les comportements non responsables sont les caractéristiques les mieux partagées, et à tous les niveaux, d'un système dont tous les protagonistes se sont toujours mieux accommodés de la fuite en avant acceptée collectivement que d'un véritable effort de maîtrise des évolutions. La comparaison avec nos voisins d'outre-Rhin est à cet égard révélatrice. Le système d'assurance maladie allemand sera déficitaire cette année d'un peu plus de 2 milliards d'euros. Aussi, le Bundestag, à la quasi-unanimité, vient-il de voter une réforme permettant d'économiser à l'horizon 2006-2007 près de 20 milliards

d'euros, alors que, avec un déficit cumulé de plus de 25 milliards d'euros, nous peinons à économiser 3 milliards d'euros.

Face à une situation grave, l'heure des décisions approche, qui devront déboucher sur des réformes structurelles permettant à chaque acteur de prendre et d'assumer sa part de responsabilités. Oui, mes chers collègues, la responsabilité doit être le maître mot de la réforme : une responsabilité citoyenne et dynamique doit sortir notre système de santé de la situation de crise permanente, qui inquiète les Français, démoralise les acteurs médicaux et soignants et ébranle le contrat solidaire. Cessons de stigmatiser la responsabilité citoyenne, n'en faisons pas un épouvantail dont le seul objectif serait de pénaliser tous les protagonistes, professionnels comme usagers.

Promouvoir la responsabilité, c'est revendiquer une révolution dans les mentalités, pour moderniser et sauver cet outil de solidarité et de cohésion sociale que représente notre assurance-maladie. La responsabilité première est celle du politique, c'est-à-dire la nôtre, mes chers collègues, qui ne pouvons plus nous contenter de mal l'assumer, il aura fallu attendre huit ans pour que la réforme de la sécurité sociale soit à nouveau à l'ordre du jour et l'état d'urgence n'est pas forcément la meilleure situation pour entreprendre un tel chantier dans la sérénité. Oui, le temps est venu de rendre sens aux débats sur un ONDAM dont les données sont régulièrement démenties par la réalité. Oui, il est de notre responsabilité de clarifier le pilotage d'un système opaque, générateur d'inefficacité et, hélas aussi, d'inégalités.

Ce débat central sur la gouvernance de l'assurance maladie devra nous permettre de trancher entre un pilotage étatisé – ce qu'il est quasiment déjà en réalité – et une redynamisation d'une gestion paritaire qui devra associer d'autres acteurs et donner la preuve d'une vraie capacité de gestion du risque. Serons-nous capable de couper le cordon entre une assurance maladie majeure et une tutelle étatique déresponsabilisante, à l'instar de ce qui a réussi entre la Banque de France et le ministère des finances ? C'est bien de cette révolution culturelle que dépendra la réussite de la future réforme, le Gouvernement cessant d'être l'ultime recours pour tout décider en cas d'impasses conventionnelles.

La bonne gouvernance sera alors incarnée par un Parlement garant des objectifs de santé publique, des moyens mobilisés au service de la solidarité collective face à la maladie et du panier de soins pris en charge par un État garant de la mise en œuvre de la politique de santé publique et de l'accès à des soins de qualité pour tous, par des gestionnaires de l'assurance maladie garants du meilleur usage des moyens collectifs attribués par l'ONDAM à travers une gestion active du risque.

Oui, nous devons parfaire l'accès aux soins, car la CMU a usurpé l'adjectif « universelle ». Il faut enfin généraliser la couverture complémentaire santé pour tous les assurés.

Oui, nous devons avoir le courage de donner enfin un contenu à ce fameux « panier de soins », ce tabou du débat politique et social qui définira ce qui relève de la solidarité collective et de la responsabilité individuelle.

L'implication et la responsabilisation des acteurs médicaux et soignants constitue un autre volet déterminant pour la réussite de la réforme. Elle concerne tous les soignants, qu'ils exercent en ville ou à l'hôpital. Un des objectifs de la réforme est de permettre à l'assurance maladie, épaulée par le système complémentaire, de se

comporter comme un acheteur avisé de soins en se fondant sur des référentiels médicaux pour promouvoir les meilleures pratiques au meilleur coût.

Dans ce sens, la mise en place de la tarification à l'activité est un passage obligé, qui doit aboutir à la suppression du budget global, facteur de rigidité, d'inefficacité et d'inégalité. Nous considérons que la T2A devra aboutir bien avant l'échéance, trop lointaine, de 2014, date proposée pour la convergence avec le secteur hospitalier. Nous en discuterons lors du débat.

Tout en valorisant les missions de service public qui font la spécificité de l'hôpital public, il faut enfin mettre en œuvre ce principe de responsabilité qui veut que, à qualité égale, l'acheteur paie un tarif égal. À côté du plan « Hôpital 2007 », qui est le programme d'investissements le plus important que l'hôpital ait connu – plus de 10 milliards d'euros mobilisés – la réforme de la tarification devra très rapidement être complétée par le troisième volet du triptyque de la réforme hospitalière que vous engagez, monsieur le ministre, et que nous soutenons avec conviction, celui de la gouvernance, pour doter enfin l'hôpital public d'une gestion digne de ce nom.

Nous savons que ces réformes constituent un vrai défi et une révolution culturelle pour l'hôpital, mais personne ne peut être dispensé de cette démarche de responsabilisation qui doit être le garant d'un emploi optimisé, sinon optimal, des 130 milliards d'euros consacrés à la santé. Les acteurs de la médecine de ville seront amenés à participer à ces changements structurels, en assumant encore davantage la promotion du « juste soin », qui doit tourner le dos à l'inefficacité et à toute gabegie. Accepter, pour eux aussi, l'exigence de responsabilité, ce n'est pas se sentir stigmatisé, mais participer à un effort collectif qui doit être à la hauteur du défi lancé par les déficits qui s'accumulent.

Les professionnels de santé devront être étroitement associés à la réforme, parce qu'ils doivent être, en tant que détenteurs du savoir médical, – et donc d'une forme de pouvoir –, moteurs d'une politique de bonnes pratiques médicales, qui ne sont pas forcément synonymes de dépenses majorées. Dans cet esprit, les modes de conventionnement doivent être actualisés pour aller vers une vraie contractualisation qui engage chacun des partenaires. Ensemble, nous devons fixer de vrais objectifs de santé publique et de bonnes pratiques qui devront être valorisées collectivement, mais certainement aussi individuellement.

Cette valorisation du contrat devra pour partie intervenir au terme du contrat, en fonction des résultats obtenus en matière de santé publique et d'optimisation de la pratique médicale. Cette valorisation devra constituer un des éléments déterminants de l'évolution des honoraires.

La chaîne du médicament devra s'inscrire, elle aussi, dans cette logique du « juste traitement » et du « juste médicament ». L'effort collectif doit se concentrer sur les médicaments actifs contre les maladies et sur ceux qui sont réellement innovants. Nous observons que les médicaments, en particulier les molécules innovantes, deviennent une technique médicale à part entière, cependant très coûteuse quand les pathologies ciblées ne concernent que des groupes de malades restreints.

À l'accélération des dépenses pharmaceutiques devra correspondre un ajustement d'autres dépenses rendues nécessaires par les progrès induits par les médicaments, et les laboratoires devront accepter, sans manœuvres de

retardement, que les génériques puissent prendre rapidement toute leur place dans la pharmacopée, avec une baisse importante des prix.

Des progrès considérables restent à faire pour engager définitivement notre système de soins sur la voie des bonnes pratiques et du juste soin. La clarification de la gouvernance du système permettra de conduire une action plus cohérente dans ce domaine essentiel.

Mais ce ne sont pas seulement la responsabilité politique et la responsabilité médicale qu'il faut redéfinir, c'est aussi la responsabilité individuelle, qui est restée un sujet tabou, que, le plus souvent, l'on aborde qu'indirectement, à travers l'approche technocratique du panier de soins ou à travers des baisses du taux de remboursement, indolores d'ailleurs, car toujours compensées par la prise en charge complémentaire, sauf, peut-être, pour les 8 % de Français qui sont exclus de la CMU et qui n'ont pas d'assurance complémentaire.

Qui peut croire un instant que nous ne sortirons de la spirale des déficits que par une augmentation continue des prélèvements qui ferait office de responsabilisation collective ? A l'horizon 2010, nous devrions mobiliser plus de deux points de CSG pour combler les déficits accumulés et accompagner la pente naturelle des dépenses de santé.

Rendre les assurés plus responsables, cela passe d'abord par un effort d'information considérable afin d'induire de nouveaux comportements face à la maladie et face au parcours thérapeutique. C'est aussi leur apprendre à entretenir leur capital santé par une meilleure hygiène de vie. Et c'est là que nous retrouvons, monsieur le ministre, toute l'importance de la politique de santé publique que nous venons d'adopter à votre initiative. C'est là une politique à long terme qui ne peut répondre à l'urgence d'une situation financière dramatique. C'est pourquoi je suis convaincu que nous ne pourrions faire l'économie de mesures de responsabilisation plus fortes pour limiter les abus et concentrer nos efforts collectifs sur une meilleure prise en charge des maladies. Comme nos voisins allemands, nous serons inévitablement conduits à déterminer ce qui relève de la solidarité collective et ce qui relèvera d'une prise en charge complémentaire ou privée. Le débat devra davantage porter sur les conditions de mise en œuvre d'une telle orientation, afin qu'elle ne porte pas atteinte au cœur de la solidarité face à la maladie, solidarité à laquelle nous restons profondément attachés.

Messieurs les ministres, si j'ai souhaité m'attarder sur l'avenir de notre système d'assurance maladie, c'est parce que le groupe UMP considère que ce débat est la priorité, et qu'il concerne tous les Français, qui sont très inquiets. D'autres collègues aborderont les autres branches de la sécurité sociale, pour lesquelles la politique du Gouvernement a pris, là aussi, le chemin escarpé mais vertueux de la réforme, des réformes qui préparent l'avenir en renforçant la cohésion sociale.

Parce que votre projet de loi clarifie le financement social ; parce qu'il met en place de vrais outils de régulation, notamment à l'hôpital ; parce qu'il ouvre de nouvelles perspectives pour un meilleur accueil de l'enfant, vous pourrez bien sûr compter sur le soutien déterminé du groupe UMP pour poursuivre l'œuvre réformatrice engagée. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)*

M. le président. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Monsieur le président, messieurs les ministres, mes chers collègues, oui, décidément, le Gouvernement peine à trouver sa voie. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2003 se voulait un projet de transition avant que celui pour 2004 ne soit celui d'une grande réforme, aussi importante que celle de 1945 ou 1967. C'est ce que vous nous disiez l'année dernière, monsieur le ministre.

Au moment où nous examinons ce projet de loi de financement, nous constatons un glissement sémantique : de la « transition » nous passons à la « clarification ». Mais nous sommes loin du grand soir social promis l'an dernier. Retard au démarrage, aveu de faiblesse, arrière-pensées : les Français jugent et jugeront.

M. Jean-Pierre Blazy. Très bien !

Mme Catherine Génisson. Si votre projet de loi comporte bien une clarification, elle ne touche en rien à l'assurance maladie et à la protection sociale. La clarification que vous apportez aux Français, c'est l'aveu de l'absence de vos choix politiques. Pour autant, dire qu'il n'y a rien dans ce projet serait sans doute excessif. Car s'il ne comporte pas de choix structurants, on note tout de même une continuité, celle d'une pratique consistant à faire supporter les charges des économies aux seuls assurés sociaux.

La situation de notre protection sociale est grave. Pour l'an prochain, comme pour cette année, votre souci de « clarification » consiste seulement à ponctionner les assurés sociaux, dans un contexte économique et social déjà des plus déplorables.

Vous ne manquez pas de suite dans les idées. Vous annoncez – vous claironnez presque – que le déficit de la branche maladie est abyssal. Sur ce sujet, malheureusement, nous ne pouvons qu'être d'accord avec vous : pour le régime général, le déficit s'établira en 2003 à 8,9 milliards d'euros, soit près de 60 milliards de francs. La commission des comptes de la sécurité sociale prévoit même un déficit de 13,6 milliards l'an prochain. Devant une telle prise de conscience, nos concitoyens auraient légitimement pu attendre des mesures politiques fortes, mais 2004 est une année électorale.

M. Yves Bur. C'est vous qui dites ça ! Alors que vous avez attendu cinq ans sans rien faire !

Mme Catherine Génisson. Vous vous contentez donc de qualifier de « clarification » ce qui n'est qu'un budget en trompe-l'œil. Quelles mesures comptez-vous prendre pour combler le déficit ? Votre silence est assourdissant sur ce sujet, de même que sur vos objectifs en matière de protection sociale et d'emploi, qui sont intimement liés. Rien ne nous est dit sur vos ambitions en matière de politique de soutien efficace à l'emploi, rien non plus sur les mécanismes à mettre en œuvre pour une réelle stabilisation des dépenses de santé. De ce silence ne sort que l'annonce, faite en fanfare, de la création du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Belle idée ou prestidigitation ?

Avant tout, monsieur le ministre, une double question : quand allez-vous annoncer aux Français la note qu'ils vont payer pour combler le trou de la sécurité sociale...

M. Jean-Pierre Blazy. Après les régionales !

M. Yves Bur. Et vous, vous avez attendu l'élection présidentielle pendant cinq ans !

Mme Catherine Génisson. ... et comment vont-ils payer ?

Les fondations de notre édifice de solidarité nationale se lézardent. Des mécanismes de régulation torpide s'ins-taurent. L'augmentation importante du coût des médica-ments remboursés, le transfert de charges sur les mutuelles, qui sont obligées de les récupérer sur les assu-rés sociaux, n'en sont qu'un exemple. Vous-mêmes, insi-dieusement, favorisez cette situation. Alors que vous ins-tallez le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, dans le même temps, au travers de la loi de finances, vous instaurez un critère d'exonération du ticket modérateur en fonction des niveaux de ressources pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle. Dans la loi sur la décentralisation et les responsabilités locales, vous faites entrer les conseils régionaux dans la gestion des agences régionales d'hospitalisation. Dans la loi sur la ruralité, vous prévoyez des aides à l'installation dans les zones rurales. Vous prenez des mesures dont l'impact sur notre système de protection sociale sera indé-niable.

Loin de me prononcer sur le fond de ces mesures qui méritent un vrai débat, je vous pose ma deuxième ques-tion, monsieur le ministre : puisque vous avez décidé de reporter la réforme de la protection sociale, vous engagez-vous à ce qu'aucune réforme de l'assurance maladie et de l'organisation de notre système de santé ne soit prise avant que les conclusions du Haut Conseil ne soient ren-dues ?

M. Yves Bur. Oh là là !

Mme Catherine Génisson. Cette question s'avère d'au-tant plus légitime que nous constatons chaque jour la propension du Gouvernement à souffler le chaud et le froid. Entre les déclarations faites par le Président de la République inscrivant notre système de santé au cœur du contrat social et celles du Premier ministre indiquant qu'« il y a des débats à ouvrir entre solidarité collective et responsabilité individuelle », on a toutes les raisons d'y voir l'annonce d'une médecine à deux vitesses par la remise en cause de notre système de solidarité nationale.

L'examen plus précis de la branche maladie ne fait qu'entretenir nos inquiétudes.

M. Yves Bur. C'est vous qui entretenez les inquiétudes !

Mme Catherine Génisson. Y a-t-il lieu de crier victoire pour 4 milliards d'économies, quand les usagers verront le forfait hospitalier passer de 10,67 euros à 13 euros ? Y a-t-il lieu de crier victoire pour 4 milliards d'économies quand les usagers verront, avec une restriction du champ d'application du ticket modérateur, les prises en charge à 100 % de leurs maladies de plus en plus rares ?

M. Denis Jacquat. Oh ça suffit !

M. Paul-Henri Cugnenc. Ces propos sont excessifs. Excessifs, vraiment.

Mme Catherine Génisson. Y a-t-il lieu de crier victoire pour 4 milliards d'économies, quand les usagers ayant fait le choix de se soigner par homéopathie se verront moins bien remboursés ? Mesures prises sans considération, économies de bouts de chandelle qui doivent rapporter 60 millions d'euros, et qui, au-delà de l'injustice qu'elles représentent, risquent probablement d'être contre-produc-tive en termes de santé publique mais aussi en termes de santé budgétaire...

M. Jean-Marie Le Guen. Très juste !

Mme Catherine Génisson. ... puisque les médecins et les malades s'orienteront probablement vers des médica-ments allopathiques, mieux remboursés, certes, mais en moyenne quatre fois plus chers.

M. Jean-Marie Le Guen. Absolument !

Mme Catherine Génisson. Mais vous ne vous arrêtez pas là ! Vous désignez comme coupables les prescripteurs d'arrêts maladie et ceux qui en sont bénéficiaires, et vous confiez à l'administration la mission d'un plan d'actions pour limiter l'octroi des indemnités journalières.

Monsieur le ministre, à l'heure où la pénibilité du tra-vail se manifeste majoritairement sur les travailleurs âgés par les troubles musculo-squelettiques et le stress ; quand nous savons, par ailleurs, que le public que vous ciblez est majoritairement celui des travailleurs de plus de cin-quante ans, dont nous savons qu'ils sont aussi les plus exposés, au niveau des accidents du travail, au risque décès,...

Mme Paulette Guinchard-Kunstler. Elle a raison !

Mme Catherine Génisson. ... au moment où la situa-tion de l'emploi est calamiteuse, où les plans sociaux se multiplient, nous disons oui à une mission, mais à une mission qui analyse les causes sanitaires, les causes sociales, les causes humaines, de tout cela, et qui ne soit pas une chasse au « gaspi », ni une chasse aux sorcières !

M. Pierre-Louis Fagniez. Oh !

M. Paul-Henri Cugnenc. Ces propos sont excessifs !

Mme Catherine Génisson. Ces orientations, ces mesures, pour calamiteuses qu'elles soient, sont mal-heureusement évidentes. Mais vous n'hésitez pas à prendre d'autres mesures, plus insidieuses, et dont la por-tée engage tout autant une remise en cause de notre sys-tème de solidarité. J'en veux pour preuve l'exclusion du remboursement par l'assurance maladie d'un certain nombre d'actes comme l'obtention d'un certificat médical pour la pratique d'un sport.

M. Jean-Marie Le Guen. Et voilà !

M. Denis Jacquat. Quel punch ! Mme Génisson est dopée, ma parole !

Mme Catherine Génisson. Cette visite de prévention, pourtant considérée comme un bon élément en matière de santé publique, est remise en cause. Cette mesure va toucher essentiellement les enfants et les familles.

M. Jean-Pierre Blazy. Absolument ! C'est scandaleux !

Mme Catherine Génisson. Elle sera sans doute par-tiellement compensée par les collectivités locales. Mais elle n'est qu'un avant-goût de ce que nous concocte le Premier ministre quand il s'interroge benoîtement sur « l'opportunité de couvrir dans les mêmes conditions une fracture de bras causée par une chute dans la rue ou par un accident de ski ».

M. Yves Bur. Vous ne vous êtes jamais posé ces ques-tions pendant cinq ans ! Vous étiez sourds et muets, et surtout muets !

Mme Catherine Génisson. Encore faudra-t-il sans doute que la chute dans la rue soit due à une bonne cause !

M. Pierre-Louis Fagniez. Oh, trop c'est trop !

M. Paul-Henri Cugnenc. Ce n'est pas supportable ! Nous sommes blessés ! Nous sommes outrés ! Nous suffo-quons !

Mme Catherine Génisson. Et ce n'est, au bout du compte, que l'annonce déguisée d'une privatisation insi-dieuse de notre système de protection sociale.

M. Jean-Marie Le Guen. Tout à fait !

Mme Catherine Génisson. Un des socles de notre système de santé est l'hôpital. Et la seule proposition concrète que l'on trouve dans votre projet sur ce sujet concerne la tarification par activité.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler. Très juste !

Mme Catherine Génisson. Cette réforme, impulsée pour la première fois en 1991 dans la loi hospitalière de Claude Evin, consiste à sortir de la logique de la politique du budget global, qui a montré les limites de son efficacité, pour entrer dans celle d'une comptabilité analytique.

M. Jean-Marie Le Guen. Très bien !

Mme Catherine Génisson. L'activité est désormais mesurée grâce à une approche médicale et économique, à travers la classification en groupes homogènes de malades et en groupe homogènes de séjours, qui correspondent à un tarif forfaitaire de séjour résumant l'ensemble des dépenses nécessaires au traitement du patient pour un diagnostic donné. On ne peut que souscrire à cette démarche.

M. Yves Bur. Très bien ! Voilà que vous devenez raisonnable !

Mme Catherine Génisson. Pour autant, plusieurs questions se posent : vous commencez l'application de ce système, tant pour l'hospitalisation privée que publique, arguant de la volonté d'unifier la tarification par activité.

M. Jean-Marie Le Guen. Eh oui !

Mme Catherine Génisson. Cet objectif semble cependant difficile à imaginer, et même irréaliste, quand on sait quelles sont les différences de fonctionnement entre les secteurs public et privé. Je pense en particulier au mode de financement.

M. Yves Bur. Continuons les mauvaises habitudes ! C'est ce que vous proposez !

M. Jean-Marie Le Guen. On va aller voir ce qui se passe à l'hôpital Georges-Pompidou, monsieur Cugnenc ! *(Sourires.)*

M. Paul-Henri Cugnenc. Pas d'attaques personnelles, s'il vous plaît !

Mme Catherine Génisson. Dès lors, nous demandons qu'avant toute étude d'uniformisation du dispositif, une évaluation de l'application différenciée entre tarification par activité dans les secteurs public et privé soit faite avant fin 2006.

M. Yves Bur. Vous avez une image rétrograde du service public !

Mme Catherine Génisson. Oh non, je ne pense pas. Je le connais bien, le service public. Pour le servir, je le connais bien, monsieur Bur !

Même si l'application de la tarification par activité ne touche que 10 % du budget de l'hôpital public, et se substitue à la ligne OQN du budget de l'hôpital privé, son application sur l'ensemble du tissu hospitalier semble difficile à réaliser. Les outils informatiques d'application de la comptabilité analytique sont loin d'être généralisés. Dans le même temps, la fin de l'application du dispositif en 2014 est beaucoup trop éloignée. Au final, une réforme trop rapide dans le début de son application, et trop longue dans sa finalisation.

Par ailleurs, vous identifiez une ligne budgétaire servant à financer les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation, MIGAC. S'il est logique que les budgets consacrés à la concrétisation des contrats d'objectifs et de moyens soient répartis sur les hôpitaux tant publics que privés qui en sont signataires, il est important de les dissocier de ceux qui financent les missions d'intérêt général, comme la permanence des soins, les dispositifs à caractère social, l'enseignement et la recherche. Seuls l'hôpital public, les établissements hospitaliers participant au service hospitalier, les établissements privés ayant délégation de service public doivent pouvoir bénéficier de cette dernière dotation.

M. le président. Madame Génisson, il faudrait vous acheminer vers votre conclusion.

Mme Catherine Génisson. Je vais me dépêcher, monsieur le président. En résumé, sur ce sujet, on doit mieux faire.

M. Jean-Pierre Blazy. Ça, oui !

Mme Catherine Génisson. Nous sommes également très inquiets sur le taux d'ONDAM hospitalier à 4,2 %,...

M. Jean-Marie Le Guen. Eh oui, on ne va pas payer Pompidou avec ça !

M. Paul-Henri Cugnenc. Ces attaques personnelles sont inqualifiables. In-qua-li-fiables ! Vraiment. *(Sourires.)*

Mme Catherine Génisson. ... dont on se demande – et l'ensemble des professionnels se le demandent – s'il couvrira l'ensemble des dépenses courantes de l'hôpital. Et comment allez-vous financer, monsieur le ministre, les dépenses nouvelles que vous avez annoncées : le plan cancer, le plan psychiatrie, le plan périnatalité, l'amélioration du fonctionnement des urgences ?

Mme Paulette Guinchard-Kunstler. Très bonnes questions !

Mme Catherine Génisson. Si l'on ne peut que se féliciter de la défense de ces objectifs, et entre autres ceux afférents aux urgences, au moment où les personnels se mobilisent de nouveau à l'orée de l'hiver, est-il opportun de sortir l'organisation de la logique des services d'urgence de l'organisation globale de notre système de santé, alors qu'une réflexion doit être menée concernant l'offre de soins en amont – démographie médicale, permanence des soins, mise en place de réseaux – et en aval, avec la mise en place de services de médecine polyvalente,...

M. le président. Madame Génisson, il faut conclure !

M. Jean-Marie Le Guen. C'est le plus important, monsieur le président !

Mme Catherine Génisson. ... de soins de suite, de services de gériatrie par exemple ? En tout état de cause, monsieur le ministre, comment financez-vous le plan « Urgences » ?

Mme Paulette Guinchard-Kunstler. Très bonne question !

Mme Catherine Génisson. Est-ce à partir de l'augmentation du forfait hospitalier, comme vous l'avez dit ? Est-ce à partir du taux de l'ONDAM actuel, dont on sait qu'il n'arrivera même pas à financer les dépenses courantes ? Mais nous aurons sans doute l'occasion de revenir sur ce sujet.

Je ne saurais terminer mon propos, monsieur le ministre, sans évoquer votre décision de ne pas reconduire le dispositif qui permettait à des régions – ou,

dans les régions, des territoires – de bénéficier de mesures de rattrapage pour la modernisation du tissu hospitalier. Je suis consciente que bon nombre d'hôpitaux d'Ile-de-France doivent en bénéficier. Il demeure néanmoins inacceptable que des régions telles que le Limousin, Poitou-Charentes, la Picardie et le Nord - Pas-de-Calais en soient désormais privées. Nous combattons cette mesure injuste.

M. Jean-Marie Le Guen. Très bien !

M. le président. Madame Génisson, vous avez dépassé de 40 % votre temps de parole. Pouvez-vous conclure ? (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Pierre-Louis Fagniez. Quelle gourmande !

Mme Catherine Génisson. Je termine, monsieur le président.

Injuste, comme l'est l'ensemble de votre politique, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale est le budget de l'injustice sociale. Face à une situation plus qu'alarmante et qui mérite une véritable mobilisation de tous les acteurs de la santé et de la protection sociale, vous faites le choix de confondre responsabilisation et culpabilisation.

M. Yves Bur. Ces propos sont scandaleux !

Mme Catherine Génisson. La responsabilisation est l'affaire de tous. Vous, vous la limitez malheureusement à celle des patients. Pire encore, de cette responsabilisation qui doit être collective, vous faites une culpabilisation des seuls usagers.

M. le président. Madame Génisson, vais-je devoir vous couper la parole ? Concluez, s'il vous plaît. Vous en êtes à 50 % de dépassement.

M. Jean-Marie Le Guen. Pas de violence, monsieur le président, soyez galant !

Mme Catherine Génisson. Ce sont les Français qui paieront. Le groupe socialiste vous en empêchera.

M. Philippe Briand. Vous avez fait payer les 35 heures aux Français. Et si vous ne l'aviez pas fait, nous n'en serions pas là. Vous n'avez donc pas de mémoire ? Ça commence à bien faire !

Mme Catherine Génisson. Si la dimension budgétaire en matière de soins et de santé est essentielle, je pense que nous ne parviendrons à mobiliser l'ensemble des partenaires de la protection sociale – praticiens, gestionnaires et usagers – que dans un discours de vérité où la nécessaire dimension de la qualité sera au cœur de nos préoccupations. Alors, oui, je le crois, nous aurons un discours convaincant. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Jean-Marie Le Guen. Parfait ! C'était par-fait !

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

M. Jean-Luc Prével. Monsieur le président, messieurs les ministres, mes chers collègues, nous entamons aujourd'hui la discussion de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004. C'est donc le moment où le Parlement doit se prononcer sur la politique sociale du pays, définir les objectifs, les priorités et se donner les moyens de les financer. Vous aviez, monsieur le ministre, présenté le projet 2003 comme un texte de transition et nous attendions avec impatience le projet 2004, qui devait traduire vos décisions stratégiques.

M. Jean-Pierre Blazy. C'est raté !

M. Jean-Luc Prével. Ce projet est encore un projet d'attente, en attendant la réforme que vous nous annoncez en 2004.

Le contexte est difficile. La situation de l'assurance maladie est alarmante. L'UDF a la volonté de vous aider à réussir cet exercice délicat (*« Très bien ! » et applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire*)...

M. Paul-Henri Cugnenc. *Standing ovation* pour l'UDF !

M. Jean-Marie Le Guen. Un coup avec, un coup sans !

M. Jean-Luc Prével. ... en tenant un langage de vérité, à regagner la confiance indispensable des professionnels, à préparer l'avenir pour préserver l'égal accès de tous à des soins de qualité par la responsabilisation de tous les acteurs. Nous refusons la poursuite de l'étatisation, la privatisation, la sélection des malades. Monsieur le ministre, l'UDF souhaite être partenaire, c'est-à-dire écoutée en amont des décisions. Nous nous interrogeons parfois sur la place réelle du Parlement dans notre démocratie et sur le pouvoir qu'ont les députés d'influer sur les décisions ou de les modifier.

M. Yves Bur. L'UDF n'est pas le Parlement, tout de même.

M. Jean-Luc Prével. Monsieur le ministre, je voudrais vous dire avec gravité et sincérité, au nom de l'UDF, que nous souhaitons votre réussite. (*« Ah ! » et applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*) Je suis constamment interrompu, monsieur le président.

M. le président. Monsieur Prével, n'en rajoutez pas. Vous avez quinze minutes. Poursuivez.

M. Jean-Luc Prével. Il y va de l'intérêt de tous. Bien entendu, nous ne voulons pas le retour des socialistes et des communistes (*Applaudissements sur les mêmes bancs*)...

M. Jean-Marie Le Guen. Quelle horreur !

M. Jean-Pierre Blazy. On n'a jamais vu un UDF autant applaudi par l'UMP !

M. Jean-Luc Prével. ... qui ont démontré leur incapacité, alors qu'ils étaient pourtant aidés par la croissance. Puissiez-vous réussir, monsieur le ministre, et nous écouter !

Le projet de loi comporte des éléments positifs : la suppression du FOREC ; la tarification à l'activité ; la politique familiale. Il comporte aussi des éléments inquiétants : le déficit non financé ; l'ONDAM sous-évalué ; le report des décisions. Il suscite également des interrogations : la politique hospitalière et la politique du médicament notamment.

Le projet de loi comporte, donc, des éléments positifs. La suppression du FOREC. Nous nous étions opposés fermement à sa création, à ses modifications annuelles aboutissant à une tuyauterie complexe,...

M. Maxime Gremetz. Une usine à gaz, aviez-vous dit !

M. Jean-Luc Prével. ... au détournement inacceptable d'impôts et taxes pour financer les 35 heures. Cette suppression répond à nos vœux, réitérés, d'ailleurs, l'année dernière.

Mais elle exige une grande vigilance.

M. Jean-Marie Le Guen. Eh oui !

M. Jean-Luc Prével. L'Etat devra honorer effectivement ses engagements à compenser intégralement la totalité des exonérations qu'il décide. Or dans le passé, il s'est souvent montré léger.

M. Jean-Pierre Blazy. On verra à l'avenir !

M. Jean-Luc Prével. Il demeure d'ailleurs des exonérations antérieures à 1994 et non financées pour environ 11 %.

Il nous faudra également veiller à l'affectation des impôts et taxes. L'UDF demande fermement que la totalité des taxes sur l'alcool et le tabac soit intégralement affectées à l'assurance maladie...

M. Jean-Marie Le Guen. Très bien ! Nous aussi !

M. Jean-Luc Prével. ... pour financer la prévention et les soins des victimes de ces fléaux.

M. Maxime Gremetz. Et pour rembourser les patchs !

M. Jean-Luc Prével. Pour 2004, la loi de financement prévoit d'affecter encore 27 % à l'Etat, 50 % au BAPSA. Nous souhaitons que vous alliez au-delà.

Deuxième élément positif, la réforme de la tarification des établissements.

M. Maxime Gremetz. Ça, ce n'est pas étonnant !

M. Jean-Luc Prével. Cette réforme très attendue est urgente. En effet, le budget global, photo jaunissante de 1984, a montré ses limites, assurant une rente de situation à certains établissements...

M. Maxime Gremetz. Oh ! Quelle injure !

M. Jean-Luc Prével. ... mais étranglant ceux dont l'activité croît parce que les malades et leurs familles leur font confiance.

La tarification à l'activité répond à l'attente de beaucoup. Mais sa mise en œuvre suscite des inquiétudes, dont nombre semblent justifiées, en raison de sa complexité et des changements qu'elle induit. C'est pourquoi l'expérimentation était importante.

De nombreux établissements ont été volontaires. Mais nous n'avons pas eu connaissance des simulations financières et de la comparaison de la tarification à l'activité avec le budget global. Un tel retour aurait peut-être permis de lever les inquiétudes.

La persistance de deux tarifications et les délais de mise en œuvre différents pour le public et le privé suscitent des interrogations. Deux tarifications différentes, dans la mesure où les honoraires du privé ne sont pas intégrés et où les ratios de personnel et les rémunérations sont très différents, sont hélas ! inéluctables. Mais l'affichage de deux tarifs différents pour une même intervention dans deux établissements d'une même ville risque d'avoir auprès du public un effet dévastateur.

La mise en œuvre dès 2004 pour le privé et progressivement sur dix ans dans le public repousse l'éventuelle convergence à des lendemains incertains.

La convergence sera-t-elle d'ailleurs réalisée ? Il est permis d'exprimer des doutes. Des inégalités importantes des dotations régionales ayant été constatées, en 1996, il avait été prévu d'y mettre un terme. La correction a bien été engagée, mais elle n'a été réalisée qu'à la marge et, semble-t-il, vous l'arrêtez cette année alors que les inégalités interrégionales demeurent. Qu'en sera-t-il demain pour les budgets des établissements ? La convergence sera-t-elle effectivement réalisée ?

Comment mettre en œuvre la réforme de la tarification sans rebasement préalable et à enveloppe constante quand on sait que 50 % des hôpitaux ont de sérieux problèmes budgétaires et recourent à des reports de charges, et que 37 % des cliniques sont en déficit ? N'aurait-il pas été nécessaire de partir sur des bases saines et donc de remettre les budgets à niveau ?

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

M. Jean-Luc Prével. L'augmentation de 4 % de la dotation hospitalière, qui intègre le plan Urgence et le plan Hôpital 2007, ne le permettra pas.

M. Jean-Marie Le Guen. Ah !

Mme Catherine Génisson. C'est vrai.

M. Jean-Luc Prével. Surtout, monsieur le ministre, nous avons une grande inquiétude devant le mécanisme de régulation proche des lettres clés flottantes qui semble se mettre en place.

M. Jean-Marie Le Guen. Eh oui ! Nous y reviendrons.

M. Jean-Luc Prével. En effet, nous avons compris que les établissements recevraient des recettes en fonction de leur activité. Or, vous prévoyez de diminuer les recettes si l'activité augmente au-delà des prévisions. Dès lors, quelle différence avec le budget global affecté à l'établissement ? N'y a-t-il pas là une réelle contradiction avec un financement à l'activité ?

Enfin, la T2 A demandera une grande réactivité pour adapter la nomenclature, les points ISA, à la réalité et à la nouveauté. Vous savez, par exemple, qu'une coronaroplastie chirurgicale rapporte plus de points et coûte moins cher que par voie fémorale. Quel est l'intérêt du malade, de l'établissement ? Quelles décisions prendre lorsqu'ils divergent ?

M. Jean Dionis du Séjour. Très juste !

M. Jean-Luc Prével. Malgré ces réserves et ces interrogations auxquelles, je l'espère, vous allez répondre, nous approuvons cette réforme de la tarification.

Troisième élément positif, la réforme de la politique familiale.

M. Maxime Gremetz. Il n'y a que du positif !

M. Yves Bur. C'est Noël !

M. Jean-Luc Prével. Pierre-Christophe Baguet interviendra sur ce thème. Mais j'indique d'ores et déjà que nous approuvons la simplification, le principe du libre choix, la prestation jeune enfant.

M. Philippe Briand. Très bien !

M. Jean-Luc Prével. Nous demandons cependant que les parents ayant plusieurs enfants rapprochés puissent bénéficier de la prestation et soient dispensés de la condition de travail, cela semblerait normal.

J'en viens, monsieur le ministre, aux éléments inquiétants de ce projet de loi.

M. Jean-Pierre Blazy. Ah !

M. Yves Bur. C'est le Père Fouettard !

M. Jean-Luc Prével. Tout d'abord, ce projet n'est pas financé. Ce problème de financement est lié en partie à l'effet de ciseaux : moindres recettes et augmentation des dépenses.

Les recettes ne sont pas au rendez-vous en raison du ralentissement économique, bien loin, en 2003, de la croissance de 2,5 % que vous aviez prévue l'année dernière et à laquelle nous ne croyions pas. Vous prévoyez 1,7 % en 2004, nous souhaitons que cette hypothèse se réalise. De plus, le produit des taxes sur le tabac ne sera pas forcément au rendez-vous, l'augmentation de la taxe pouvant aboutir à une diminution du produit, comme en Suède.

Pendant ce temps, les dépenses continuent à augmenter à un rythme soutenu. En 2003, vous aviez proposé un ONDAM plus réaliste à plus 5,3 %, et nous l'avions salué. Mais il sera réalisé probablement à plus 6,7 %, induisant un déficit qui sera finalement supérieur à 10 milliards d'euros. Pour 2004, vous proposez un ONDAM de plus 4 % par rapport à l'ONDAM 2003 révisé, soit 129,7 milliards.

Cet ONDAM non médicalisé mais économique est très volontariste, mais moins réaliste. On peut d'ores et déjà être certain qu'il sera dépassé avec deux conséquences. Ce dépassement d'une part, continuera à décrédibiliser l'ONDAM et, avec lui, la loi de financement tout entière, d'autre part, conduira à un déficit, hélas ! supérieur aux prévisions pourtant déjà autour de 14 milliards, non compris les mesures correctives aux résultats incertains.

M. Jean-Pierre Blazy. C'est une critique sévère !

M. Jean-Luc Prével. Or, ce déficit, que vous aviez qualifié d'abyssal, n'est pas financé.

M. Denis Jacquat. Abyssal, c'est le mot à la mode !

M. Jean-Luc Prével. C'est le mot du ministre.

Le déficit cumulé sur trois ans, 2002-2004, s'élève en effet à 33 milliards d'euros. Vous nous proposez d'autoriser l'ACOSS à emprunter un même montant. Heureusement, en raison de taux faibles, le coût financier ne sera – si on peut dire – que de 800 millions d'euros.

Vous prévoyez bien quelques recettes de poche notamment grâce à l'augmentation de la taxe sur le tabac, mais le rendement sera sans doute inférieur aux prévisions – sur le milliard prévu en 2003, 200 millions seulement seront au rendez-vous – et cette nouvelle augmentation aggravera les effets pervers que nous connaissons déjà.

Par ailleurs, vous proposez, malgré l'accord cadre passé avec les industries du médicament, de nouvelles taxes déniaient ainsi toute valeur contractuelle à l'accord : clause de sauvegarde fixée à 3 % pour un ONDAM à 4 %, taxe sur la promotion quasi doublée, taxe sur la distribution, extension des TFR, qui risque de léser les génériques, et quelques autres mesures dont nous aurons l'occasion de parler lors des débats.

Mais notre regret majeur est le report d'un an de la réforme de la gouvernance.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler. Ah !

M. Jean-Luc Prével. Pour nous, la réforme est urgente. Vous avez, monsieur le ministre, toutes les données en main. Vous avez commandé de multiples rapports et vous les avez reçus. Dès lors, on peut penser que vous vous êtes forgé une opinion. Il reste à convaincre et à la mettre en œuvre. Gouverner, c'est prévoir, c'est aussi décider.

M. Denis Jacquat. Vous l'avez déjà dit l'année dernière !

M. Philippe Briand. On l'a vu avec M. Bayrou !

M. Bernard Accoyer. Oui, quand il était ministre de l'éducation.

M. Jean-Luc Prével. Tous les secteurs sont en crise, et cette crise est à la fois morale, financière et organisationnelle.

A l'UDF, nous avons conscience que la santé est, comme dit Claude Le Pen, un bien supérieur : les dépenses ont tendance à croître plus vite que le PIB, mais, si elles servent d'abord à soigner, elles financent aussi des salaires et des entreprises ; elles ne se perdent donc pas dans un puits sans fond.

Mme Jacqueline Fraysse. Tout à fait !

M. Jean-Luc Prével. Le problème, c'est d'arriver à financer le différentiel entre le PIB et les dépenses de santé.

M. Maxime Gremetz. Très bien !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Absolument !

M. Jean-Luc Prével. Bouger le curseur, comme vous l'avez fait, sans grande concertation, entre assurances obligatoires et complémentaires, est assurément tentant ; malheureusement, cette solution n'est pas à la hauteur des besoins de financement. D'ailleurs, monsieur le ministre, au bout du compte, c'est toujours le citoyen qui paie, soit comme contribuable, par la CSG, soit comme consommateur, par les cotisations patronales, soit comme adhérent à une assurance complémentaire, par sa cotisation.

La seule vraie solution est de réformer le système en rendant chacun acteur et responsable et en répondant à la question : qui pilote le système ?

Vous dites que vous ne voulez ni étatisation ni privatisation. Nous non plus !

M. Maxime Gremetz. C'est la politique du « ni-ni » !

M. Jean-Luc Prével. En réalité, le système est déjà totalement étatisé, sans contrôle démocratique, puisque c'est le ministre que est responsable des établissements privés et publics, du médicament et de la quasi-totalité de la médecine ambulatoire. Cette étatisation « déresponsabilisante » a montré ses limites. Il faut y mettre un terme, en laissant l'Etat veiller à l'égal accès de tous à des soins de qualité, mais en régionalisant la santé, comme plusieurs de nos voisins l'ont fait avec bonheur.

Nous proposons donc la création de conseils régionaux de santé élus par collègues, d'agences régionales de santé contrôlées démocratiquement et d'un conseil national de santé émanant des conseils régionaux de santé, ainsi que le vote, au printemps, d'une loi définissant les priorités de santé à partir des travaux des conseils régionaux, suivie à l'automne, du vote d'une loi de financement pour financer les priorités et, enfin la régionalisation de l'ONDAM suivant des critères objectifs.

Cette régionalisation permettrait de rendre chacun acteur et responsable de donner une réalité à la maîtrise médicalisée en impliquant les professionnels et les usagers dans les décisions en amont et dans la gestion en aval. Tout ce qui irait dans ce sens, monsieur le ministre, aurait bien entendu notre soutien. Mais il n'en est guère question dans votre projet.

M. Paul-Henri Cugnenc et M. Denis Jacquat. Oh !

M. Jean-Luc Prével. Pas un mot n'est prononcé sur la régionalisation.

Nous comprenons que vous attendiez de disposer d'un diagnostic partagé pour prendre des décisions consensuelles, mais il y a urgence à agir. Notre système étatisé a montré ses limites. Le paritarisme, s'il est justifié dans tous les domaines liés au travail et financés par des cotisations salariales et patronales, n'a aucune légitimité, autre qu'historique, à gérer la santé.

Les décisions seront difficiles. Nous serons à vos côtés pour tout ce qui ira vers la prise en compte des besoins, vers une politique de santé de proximité, vers la responsabilisation de tous les acteurs, qui doivent être associés.

Par manque de temps, je ne ferai que citer d'autres problèmes qui demeurent en suspens et qui mériteraient pourtant d'être rapidement réglés : la permanence des

soins et la régulation des urgences ; la démographie médicale, avec le double problème des zones rurales et urbaines difficiles et des spécialités sinistrées ; le changement de mentalité des professionnels et des usagers ; la demande d'une juste rémunération avec un espace de liberté tarifaire ; les assurances de responsabilité professionnelle ; la réforme de l'hôpital, avec la nécessité de donner une réelle autonomie aux établissements en responsabilisant les conseils d'administration, de déléguer aux pôles d'activité une part d'autonomie dans la gestion et donc une part de responsabilité, de faire évoluer les statuts vers des contrats ; enfin, la nécessaire réforme de l'AP-HP, qui doit, de notre point de vue, entrer dans le droit commun avec la création, par exemple, de sept à huit établissements autonomes.

Enfin, doit-on voir dans l'article 82 de la loi de finances 2004, qui a trait à la CMU complémentaire et qui met sur un pied d'égalité les CPAM et les complémentaires, l'anticipation d'une nouvelle répartition des rôles entre l'assurance de base et les complémentaires, posant d'ailleurs le problème de l'articulation de la loi de finances et de loi de financement de la sécurité sociale ?

En conclusion, monsieur le ministre, ce projet de loi d'attente comporte des éléments positifs que nous saluons – la suppression du FOREC, la mise en œuvre de la tarification à l'activité, la réforme des prestations familiales – même si chacun appelle des précisions. Mais ce projet de loi comporte aussi des éléments inquiétants : un ONDAM non médicalisé et minoré, le non-financement des déficits, et surtout le report d'un an des décisions urgentes concernant la nouvelle gouvernance.

M. Maxime Gremetz. Ca vaut une abstention, ça ! Si vous ne vous abstenez pas, je ne comprends pas !

M. Jean-Luc Prével. Nous attendons des débats, monsieur le ministre, qu'ils vous permettent de préciser vos intentions concernant la future gouvernance, la médecine ambulatoire, la réforme de la gestion hospitalière.

Nous souhaitons vivement que vous réussissiez dans votre mission. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Union pour la démocratie française et sur quelques bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

M. Maxime Gremetz. Enfin on va changer de discours !

M. Philippe Briand. C'est sûr !

Mme Jacqueline Fraysse. C'est probable en effet !

Monsieur le ministre, mes chers collègues, il est clair que le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 n'est ni un texte d'attente, ni le texte de transition annoncé. C'est un texte grave qui, ajouté à tous les autres, poursuit la destruction méthodique de notre système de santé solidaire conduisant à l'éclatement de l'ensemble des protections sociales.

Tout le confirme. D'abord ce déficit immense que vous laissez filer. Malgré la période d'équilibre qui a marqué la précédente législature (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire*), les comptes de la sécurité sociale accusent en 2003 un déficit cumulé que je ne qualifierai pas d'abysmal mais d'historique de 30 milliards d'euros et un déficit du régime général de près de 8,9 milliards d'euros. Or, aucune mesure structurelle de financement sérieux n'est prévue dans ce PLFSS 2004 qui permette d'envisager de combler ce déficit. A peine quelques mesurées qui ne sauraient assurer la pérennisation des finances de la sécurité sociale.

Vous prévoyez de prélever, au mieux, 1,50 milliard d'euros à partir d'une taxe sur le tabac, d'une taxe sur la promotion pharmaceutique et d'une recommandation aux caisses de sécurité sociale d'améliorer l'efficacité de leur recours contre les tiers. Autrement dit, vous ne décidez aucune mesure sérieuse pour augmenter les recettes de la sécurité sociale.

En revanche, vous poursuivez une politique de réduction des dépenses sur le dos des assurés sociaux. Parmi les mesures régressives envisagées, on trouve, pêle-mêle, la hausse du forfait hospitalier à la charge des assurés, la baisse des remboursements de l'homéopathie, la maîtrise accrue des dépenses de médecine de ville avec notamment un contrôle sévère des arrêts maladie et des dépenses liées aux affections de longue durée, le non-remboursement des visites médicales pour les jeunes qui veulent faire du sport, etc.

M. Maxime Gremetz. Scandaleux.

Mme Jacqueline Fraysse. Ainsi, vous poursuivez, en les amplifiant, les mesures d'accroissement de la charge financière supportée par les assurés sociaux que vous chiffrez vous-même à 1,8 milliard d'euros. Vous accentuez les inégalités, sans régler les problèmes financiers, comme le prouve l'expérience de ces vingt dernières années dont vous ne tirez aucune leçon.

Restreindre les remboursements n'est pas la solution, tout le monde sait que la sécurité sociale souffre avant tout d'un manque de recettes lié à la fois au refus de réviser l'assiette de financement et à la montée du chômage. Je rappelle que 100 000 chômeurs de moins, c'est 2,5 milliards d'euros de plus pour la sécurité sociale.

M. Maxime Gremetz. C'est clair.

Mme Jacqueline Fraysse. Mais cela ne vous empêche pas de persévérer dans cette logique d'exonération de charges sociales des entreprises et d'encouragement à la modération salariale par la mise en œuvre de la précarité économique et sociale. Les entreprises ont bénéficié de plus de 20 milliards d'euros d'exonérations cette année. C'est un manque à gagner énorme pour le budget de l'Etat et celui de la sécurité sociale, puisque l'Etat ne compense pas intégralement ces exonérations. Ainsi, en 2001, les dettes patronales au budget de la sécurité sociale s'élevaient à 2,7 milliards d'euros, soit presque l'équivalent du déficit 2003. Concernant la modération salariale, il faut savoir qu'une simple augmentation de 1 % de la masse salariale représente immédiatement 3 milliards d'euros de ressources supplémentaires pour la sécurité sociale.

Votre stratégie est donc claire. Il s'agit non pas de stabiliser les finances de la sécurité sociale, objectif pourtant annoncé par le Président de la République et le Gouvernement, mais de laisser se creuser le déficit. C'est la méthode choisie par le Gouvernement pour poursuivre la démolition de notre système et pousser à la privatisation de la sécurité sociale.

Pour la branche famille, ce texte propose la création de la prestation d'accueil du jeune enfant, la PAJE, en lieu et place de toutes les autres prestations de garde d'enfant. Cette nouveauté appelle quelques observations. En effet, le plafond et les barèmes sont modifiés pour inclure les familles aux revenus moyens. Non seulement, cela diminuera le montant des prestations versées aux plus modestes au profit des familles qui ne les percevaient pas précédemment, mais cela incitera les femmes des catégories sociales moyennes à sortir du marché du travail ou à s'engager dans un travail à temps partiel.

Mme Catherine Génisson. Exactement.

Mme Jacqueline Fraysse. De plus, aucune mesure n'est prise pour répondre à la demande pressante des familles pour une place dans les structures collectives permettant à la fois d'assurer un accueil de qualité pour l'enfant et de concilier vie familiale et professionnelle pour la mère.

Quant à la branche maladie, ce texte introduit une modification essentielle en matière de tarification des hôpitaux. Alors que vous vous étiez engagé à ne pas mettre en place la tarification à l'activité sans avoir rendu compte de l'expérience menée dans soixante établissements hospitaliers publics et privés, vous engagez, dès à présent, une réforme de la tarification qui inscrit, de fait, les établissements de soins dans une stratégie de réduction de dépenses, prenant le risque de nouvelles catastrophes.

Comment pouvons-nous, à ce jour et dans de telles conditions, nous prononcer sur cette réforme, quand tout confirme à quel point les conséquences de ce choix politique sur la gestion des établissements, sur l'offre de soins nationale, sur la philosophie même d'une politique publique de santé, sont vertigineuses ?

D'un point de vue conceptuel, et selon la terminologie en usage chez les assureurs pour décrire le changement d'état, il s'agirait de « faire passer les établissements de santé de l'état de centre de coûts à celui de centre de profits ». On ne peut être plus clair ! Si les établissements sont aujourd'hui des entités administratives assurant un service sanitaire, la tarification à l'activité a l'ambition de les transformer en entités assurant un certain niveau de productivité et un niveau certain de rentabilité économique et financière.

M. Yves Bur. Et alors ? C'est la recherche de l'efficacité !

Mme Jacqueline Fraysse. Cela signifie, sur un plan fonctionnel, que les établissements de santé ne seront plus abondés financièrement en fonction des dépenses annuelles visant à satisfaire les besoins de santé de la population. Ils seront dotés d'un financement calculé exclusivement en fonction de leurs recettes, elles-mêmes évaluées à partir d'un tarif national de prestations dont on ne connaît pas encore le contenu et le mode de calcul, mais dont le PLFSS précise qu'il pourra varier selon les objectifs annuels définis par l'ONDAM. Or, quand on sait que les dépenses annuelles des établissements de santé sont le plus souvent supérieures à leurs recettes annuelles, on peut être sûr qu'ils seront confrontés à une réduction de leurs ressources. Ainsi, par cette mesure, vous organisez le rationnement, voire la pénurie des établissements de santé, et plus particulièrement des hôpitaux publics. L'expérience des pays voisins, comme la Grande-Bretagne ou l'Allemagne, montre que les budgets hospitaliers ont beaucoup diminué, parfois jusqu'à 70 %, avec toutes les conséquences sanitaires et sociales que cette réduction implique.

Mais les effets de la tarification à l'activité ne se limitent pas à la gestion des établissements de santé. Ils affecteront aussi les pratiques médicales et la couverture sanitaire de l'ensemble du territoire. En effet, cette logique économique-libérale qui vise à transformer les établissements de santé en « centres de profits », conduira ces derniers à rechercher au moins un minimum de « retours sur investissements ». C'est la porte ouverte à la sélection des malades selon que les pathologies sont financièrement rentables ou non, à la mise en concurrence des établissements de santé et des services internes de ces établisse-

ments, avec les conséquences désastreuses à attendre tant pour les professionnels de santé que pour les patients, à la spécialisation régionale des établissements de santé selon des perspectives de rentabilité au regard de la densité et de la structure de population des zones géographiques, avec pour conséquence les déséquilibres régionaux de l'offre de soins.

Monsieur le ministre, hier vous libérisiez la politique publique du médicament. Aujourd'hui, vous réformez le financement des établissements de santé et de soins en les condamnant par avance à la restriction budgétaire. Après ce qui s'est passé cet été avec la canicule, mettant en lumière l'insuffisance de moyens, c'est une attitude que je qualifie d'irresponsable, de désastreuse pour notre système hospitalier ! (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Yves Bur. Elle a bon dos la canicule !

M. Maxime Gremetz. Il n'y a que la vérité qui blesse !

Mme Jacqueline Fraysse. Placer les établissements publics de santé sous le joug de l'économie marchande, c'est décider de détruire les principes d'universalité et d'égalité devant les soins qui prévalent actuellement dans le monde médical et qui placent le patient au centre de l'édifice sanitaire.

M. Yves Bur. Cela n'a jamais été le cas !

Mme Jacqueline Fraysse. Cela a été le cas ! Ça l'est de moins en moins, je vous en donne acte, et c'est bien le fruit de vos choix !

C'est une conception que nous rejetons de toutes nos forces, monsieur Bur. De même que le médicament n'est pas une marchandise comme les autres, la santé des femmes et des hommes n'est pas à vendre. Les établissements de santé ne sont pas un capital à valoriser !

Après toutes ces mesures, vous aurez quasiment bouclé votre réforme pour tout le champ de l'assurance maladie, avant la moindre consultation des citoyens, avant même le fameux texte annoncé pour l'automne prochain. Ce PLFSS pour 2004 n'est donc pas un texte de transition avant la réforme à venir. Il est un élément déterminant de la grande réforme ultra-libérale envisagée pour l'assurance maladie. Il est la traduction concrète d'un choix puisé dans les rapports Coulomb et Chadelat, et dans les réflexions éclairées du MEDEF. Ce choix n'est pas le nôtre. Si nous pensons effectivement qu'une réforme est nécessaire, nous n'acceptons ni ce mensonge récurrent à nos concitoyens sur la situation financière prétendument insurmontable de la sécurité sociale, ni la stratégie de privatisation qui sous-tend les mesures proposées. Nous pensons en effet qu'il est aujourd'hui tout à fait possible d'engager une politique de réduction des déficits de la sécurité sociale, et notamment de la branche maladie. Nous proposons, vous le savez, une mesure structurelle de financement qui consiste à moduler la cotisation sociale des entreprises en fonction de rapport entre la masse salariale et la valeur ajoutée globale afin de ne pas pénaliser les entreprises créatrices d'emplois.

Nous proposons également une mesure conjoncturelle de financement consistant à créer une cotisation sociale additionnelle sur les produits financiers qui sont aujourd'hui encore exonérés de toute contribution sociale. Avec 165 milliards d'euros en 2002, cette mesure pourrait rapporter 20 milliards d'euros à la sécurité sociale.

Enfin, nous proposons de supprimer les exonérations de cotisations sociales, parce qu'elles n'ont pas fait la preuve de leur efficacité en matière de création d'emplois

– c'est le moins que l'on puisse dire – et qu'elles constituent un manque à gagner financier pour l'Etat et la sécurité sociale. En appliquant le taux de prélèvement propre à l'assurance maladie à la cotisation additionnelle sur les produits financiers, et sans prendre en compte les compensations pour exonérations de charges sociales, ces procédures de financement permettraient de faire entrer chaque année près de 35 milliards d'euros supplémentaires pour la branche maladie, soit trois fois plus que le déficit attendu pour cette branche en 2003 et un peu plus que le déficit cumulé de la sécurité sociale ! Les moyens existent donc pour répondre efficacement aux déficits de la sécurité sociale sans porter atteinte à l'esprit de solidarité et d'universalité qui la structurait à sa naissance...

M. Philippe Briand. Pourquoi ne l'avez-vous pas fait ?

Mme Jacqueline Fraysse. ... mais il s'agit de choix politiques radicalement inverses de ceux que vous faites.

Monsieur le ministre, le PLFSS pour 2004 que vous nous soumettez est un texte grave, qui s'inscrit dans la logique libérale et régressive que votre gouvernement met en œuvre au travers de toutes les mesures qu'il prend depuis deux ans.

M. Marc Bernier. Quelle caricature !

Mme Jacqueline Fraysse. De la baisse des impôts pour les plus riches aux coupes sombres dans les maigres allocations de chômage, de la réforme des retraites à celle de la sécurité sociale dont votre texte entérine l'écroulement des finances et plus particulièrement de la branche maladie, tout confirme que vous évacuez autoritairement de la discussion la moindre alternative à la politique qui a définitivement placé la domination de l'argent au cœur de ses choix, au détriment de l'humain.

M. Maxime Gremetz. Très juste !

Mme Jacqueline Fraysse. Le projet que vous avez dans vos cartons vise d'abord à satisfaire les appétits des marchés financiers, si désireux de récupérer cette véritable « proie » qu'est le budget de la sécurité sociale, équivalant à une fois et demie le budget de l'Etat. C'est pourquoi, avec tous les membres du groupe de député-e-s communistes et républicains, nous aurons à cœur de dénoncer votre stratégie marchande. Nous défendrons, au cours de ce débat, des contre-propositions de réforme de la sécurité sociale visant à en pérenniser le financement et à répondre aux besoins comme aux aspirations légitimes des assurés sociaux. (*Applaudissements sur les bancs du groupe des député-e-s communistes et républicains et sur plusieurs bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Bernard Accoyer.

M. Maxime Gremetz. C'est la pensée unique qui arrive !

M. Bernard Accoyer. Monsieur le ministre, si le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 est un projet de transition, il n'en contient pas moins des mesures qui sont d'une portée considérable...

Mme Jacqueline Fraysse. Tout à fait !

M. Bernard Accoyer. ... et qui amorcent une réforme décisive, vitale pour l'avenir de l'institution.

Mme Jacqueline Fraysse. Décisive, sûrement ! Vitale, c'est moins sûr !

M. Bernard Accoyer. On peut regretter d'ailleurs que, sous la précédente législature, aucune réforme de structure n'ait été mise en place, alors que la croissance était là, donnant des marges de manœuvre. (*« Eh oui ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Parmi ces mesures décisives figure celle qui est contenue dans les articles 18 à 29 et qui instaure la tarification à l'activité pour l'ensemble du service public de l'hospitalisation, c'est-à-dire pour les hôpitaux publics et les établissements d'hospitalisation privés. C'est de cette mise en place de la tarification à l'activité que je souhaiterais, mes chers collègues, vous entretenir. C'est une réforme qui est attendue depuis plus de dix ans.

M. Philippe Briand. Très juste !

M. Bernard Accoyer. Après plus de vingt ans pendant lesquels le budget global attribué aux établissements publics a été la source de véritables rentes de situation injustifiées pour certains services qui ne méritaient pas les dotations qu'ils recevaient,...

M. Maxime Gremetz. Oh ! Quelle attaque de bas étage à l'égard de l'hôpital public !

M. Bernard Accoyer. ... au détriment de services plus performants et plus actifs dont les ressources étaient au contraire insuffisantes, il était temps, monsieur le ministre, de rétablir l'équité tout en prévoyant les moyens adaptés aux missions.

Cette réforme est essentielle à plusieurs égards. Elle doit permettre une meilleure gestion, assurer la maîtrise des coûts, et surtout conduire à l'indispensable modernisation de notre système d'hospitalisation. L'objectif financier est décisif,...

M. Maxime Gremetz. Voilà, c'est clair ! Quel aveu !

M. Bernard Accoyer. ... puisque l'hospitalisation absorbe, avec 54 milliards d'euros, près de 50 % des dépenses de la branche maladie.

M. Maxime Gremetz. La santé, on s'en fout ! Les finances d'abord ! Vous l'avez ! (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. Monsieur Gremetz, vous n'avez pas la parole ! Vous l'aurez tout à l'heure. Laissez M. Accoyer s'exprimer !

M. Paul-Henri Cugnenc. Ça commence bien !

M. Bernard Accoyer. Si l'on veut employer les moyens de l'assurance maladie là où ils sont nécessaires, il convient d'étudier au mieux les besoins et d'y répondre en répartissant au mieux les ressources. Ce principe est valable pour les ménages, les entreprises comme pour la sécurité sociale. Il s'agit de préciser les lieux où sont injectés ces moyens. L'absence de gestion engendre évidemment des défauts dans le système. C'est précisément la problématique actuelle.

M. Maxime Gremetz. Il s'y connaît en tuyaux !

M. Bernard Accoyer. Les enjeux financiers sont majeurs, disais-je. A chaque fois qu'il y a une tendance « haussière » ou une maîtrise de la dépense, cette tendance, puisque nous agissons sur la moitié de l'ensemble des dépenses de la branche, sera décisive sur l'équilibre ou le déficit. Il n'est d'ailleurs pas inutile de rappeler que, durant la dernière législature, alors que les taux de croissance oscillaient entre 3 % et 4 %, jamais la branche maladie n'a été à l'équilibre, contrairement à ce qui a été dit tout à l'heure.

Le dispositif apportera surtout une amélioration dans la gestion, avec une cohérence meilleure, l'activité de soins étant dotée de moyens financiers adaptés, accompagnés d'une gestion de ces moyens beaucoup plus précise, améliorant les systèmes d'information, de transfert de l'information, bref: les éléments de connaissance pour moderniser et adapter notre système hospitalier. On peut se demander comment on a pu rester si longtemps dans une telle situation d'imprécision, d'injustice et d'inéquité. L'évolution restructurante de notre système hospitalier ne pourra être que favorablement influencée par des moyens spécifiquement adaptés aux besoins des établissements, tandis que les établissements publics recevront toujours une dotation annuelle complémentaire attachée aux activités d'urgence et de permanence de soins, aux missions sociales, à la formation et à la recherche.

La tarification séparée de certains médicaments ainsi que des dispositifs médicaux, notamment implantables, constitue également une avancée pour la transparence et l'efficacité, toujours dans l'esprit du juste soin, c'est-à-dire, n'en déplaise à l'opposition, de l'indispensable maîtrise des coûts. La vérité des coûts permettra également la mise en place et la démultiplication des coopérations sanitaires entre le secteur public et le secteur privé qui devient chaque jour plus indispensable. Cette mise en commun des investissements, des technologies, des plateaux techniques et des moyens humains, déjà amorcée, est le fondement de la meilleure utilisation possible des moyens de l'assurance maladie au service des assurés.

Mme Catherine Génisson. Le juste prix! (*Sourires.*)

M. Bernard Accoyer. Avec le plan Hôpital 2007 et ses quelque 10 milliards d'euros,...

Mme Catherine Génisson. Où sont-ils? Vous ne faites que les annoncer!

M. Bernard Accoyer. ... ce qui correspond à un effort sans précédent en investissements, dont le cruel besoin se fait sentir en raison de l'absence d'effort en ce domaine depuis trop longtemps, c'est une véritable modernisation du système hospitalier qui s'amorce avec, en corollaire, l'amélioration de l'accès aux soins de qualité pour tous.

Sur le plan humain, la tarification à l'activité est un élément d'équité non seulement entre les différents établissements, mais également entre les différentes équipes soignantes. Etant donné le rôle des professionnels, évidemment central dans toute activité de soins, il était temps que l'effort, l'attention et la qualité du service rendu soient légitimement reconnus et que les moyens adaptés soient octroyés à ces équipes.

Mme Catherine Génisson. C'était déjà le cas avec les points ISA!

M. Bernard Accoyer. Il en va de la motivation des équipes comme du découragement qui les guette, vous le savez bien. Pour autant, monsieur le ministre, le texte du projet de loi de financement de la sécurité sociale soulève, pour l'introduction de la tarification à l'activité, quelques interrogations et nous serions heureux que vous puissiez les lever. Elles portent notamment sur la complexité des dispositions tarifaires contenues dans les articles relatifs à la tarification à l'activité, complexité qui est en elle-même quelque peu préoccupante. Ainsi, les coefficients de transition des moyens régionaux et les écarts maximaux avec leur procédure de vérification pourraient, par leur complexité même, mettre des établissements en difficulté pour de simples erreurs techniques. Il en est de même des

convergences régionales, qui peuvent compromettre la survie des établissements, tant leur équilibre financier est précaire.

D'autres dispositions posent des problèmes. L'expérimentation dans le secteur privé mérite d'être conduite encore durant plusieurs mois. Quant au délai de dix ans prévu avant la convergence des tarifs du secteur public avec ceux du secteur privé pour l'activité de soins, il paraît nettement trop long. La commission des affaires culturelles, familiales et sociales a accepté des amendements atténuant ces dispositions dans le cadre de la mise en place de la tarification à l'activité. Peut-être faudrait-il aller plus vite, monsieur le ministre. Cette question est d'importance, car, nous le constatons tous dans nos circonscriptions, le service public de l'hospitalisation est en danger. L'hôpital public ne tient que par la volonté et les moyens importants que vous-même et le Gouvernement ont bien voulu lui consacrer.

M. Maxime Gremetz. Oh!

M. Bernard Accoyer. L'hôpital est malmené, surchargé par l'hospitalo-centrisme et par les 35 heures appliquées sans discernement et systématiquement. (*« Très bien! » sur plusieurs bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*) Il est en attente de réformes indispensables, sans lesquelles il aura du mal à continuer à assurer ses missions, malgré le dévouement des personnels.

L'hospitalisation privée est, quant à elle, menacée par sa situation financière, puisque plus de la moitié des établissements, non seulement ne dégagent pas de marge, mais sont en déficit. Pourtant, aujourd'hui encore, ce secteur assure 60 % de la chirurgie réglée, c'est-à-dire celle comportant une hospitalisation, 70 % de la chirurgie ambulatoire, 35 % de l'obstétrique, 50 % de la prise en charge des cancers. Ces chiffres illustrent l'importance de ce secteur et sa complémentarité indispensable avec le secteur public.

Il y a là, monsieur le ministre, une véritable urgence sanitaire et financière, car la disparition de certains établissements serait catastrophique pour le service public de l'hospitalisation et l'accès aux soins. Mais nous savons, monsieur le ministre, que vous prendrez les bonnes mesures pour l'hospitalisation, puisque ce PLFSS désormais vous en donne les moyens, en instaurant la tarification à l'activité. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Bruno Gilles. Excellent!

M. le président. Merci, monsieur Accoyer, d'avoir tenu votre temps de parole.

La parole est à Mme Elisabeth Guigou.

Mme Elisabeth Guigou. Monsieur le président, messieurs les ministres, chers collègues, nous examinons donc le deuxième budget de transition. Et ce, alors que la sécurité sociale est au bord de l'implosion. Je ne rappellerai que quelques chiffres. La dégradation de la situation financière est sans précédent: 9 milliards d'euros de déficit, soit 58,5 milliards de francs pour le seul régime général, et 10,6 milliards d'euros, c'est-à-dire près de 70 milliards de francs, pour l'assurance maladie. C'est deux fois plus que le record atteint en 1995 sous le gouvernement de M. Juppé.

M. Jean-Pierre Blazy. C'est dire!

Mme Elisabeth Guigou. Mais surtout, le rythme de ce déficit s'est emballé. Depuis 2002, les comptes du régime général, comme ceux de l'assurance maladie, se dégradent

en effet chaque année de 5 milliards d'euros, soit plus de 30 milliards de francs. C'est du jamais vu, et on voit bien qu'à ce rythme-là, la stabilisation du déficit autour de 11 milliards d'euros relève de la gageure. Face à l'urgence, votre inertie, monsieur le ministre, met la sécurité sociale en danger. (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*) Chacun comprend, bien sûr, que le principal souci est de passer les élections régionales et européennes. Mais plus le temps passe, plus le déficit se creuse et plus les mesures à prendre seront drastiques.

M. Yves Bur. Vous n'avez rien fait pendant cinq ans ! Vous êtes incomparable lorsqu'il s'agit de ne rien faire !

Mme Elisabeth Guigou. Nous voyons arriver, non seulement une augmentation de la CSG, comme vous l'avez quasiment reconnu ce matin, mais aussi le désengagement de la « sécu » au profit des assurances privées et, finalement, l'instauration d'une sécurité sociale à deux vitesses.

Plusieurs députés du groupe socialiste. Eh oui !

Mme Elisabeth Guigou. Je dois dire que vous n'êtes quand même pas resté totalement inerte, puisque comme l'an dernier, vous avez pris des décisions qui vont alourdir les dépenses de l'assurance maladie. Le 13 juin 2003, vous avez ainsi accordé à l'industrie pharmaceutique une libéralisation des prix sur pas moins de dix molécules innovantes, donc chères, *via* une procédure accélérée de dépôt de prix. Le prix de ces médicaments, qui va augmenter, est à la charge de la sécurité sociale. Quel est le coût exact de cette décision, monsieur le ministre ? L'Assemblée nationale doit le savoir. Vous ne dites pas un mot là-dessus.

M. Yves Bur. Combien de malades ont été guéris grâce à ces médicaments ?

Mme Elisabeth Guigou. Je crains que les laboratoires, ne gagnent bien plus qu'ils ne paieront avec la taxe sur les dépenses de promotion contenue dans le projet de loi.

Mme Jacqueline Fraysse. Ça c'est sûr !

M. Yves Bur. Et guérir les malades grâce à des médicaments innovants, cela ne vous intéresse pas !

Mme Elisabeth Guigou. Les quelques mesures nouvelles que vous proposez, monsieur Mattei, ne sont, de votre aveu même, que des colmatages. Mais, plus grave encore, elles augmentent les inégalités face à la protection sociale. Or ces mesures, nous le savons, seront impuissantes à contenir le déficit grandissant de la sécurité sociale, et cela ne les empêchera pas de peser lourdement sur les assurés sociaux, en particulier sur les plus modestes. Je n'en citerai que trois, mais celles-ci sont proprement scandaleuses.

La hausse du forfait hospitalier à 13 euros, décidée par voie réglementaire...

M. Paul-Henri Cugnenc. Qui l'a créé ?

Mme Elisabeth Guigou. C'est Juppé !

La hausse du forfait hospitalier, donc, va toucher en premier lieu les bénéficiaires du minimum vieillesse et de l'allocation adulte handicapé.

M. Yves Bur. Ceux auxquels vous n'avez jamais pensé !

Mme Elisabeth Guigou. Un mois d'hospitalisation représentera plus de 60 % du revenu d'une personne vivant du minimum vieillesse. Ce coût est prohibitif pour les 7 millions d'assurés sociaux qui ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire.

M. Yves Bur. Là encore ceux auxquels vous n'avez jamais pensé !

Mme Elisabeth Guigou. Je voudrais, à ce propos, souligner la grave atteinte portée à la CMU dans le projet de loi de finances – article 82 du budget de la nation – qui désengage l'Etat du financement de la CMU. Désormais, l'Etat ne remboursera plus la CMU à la sécurité sociale que de façon forfaitaire, et 5 millions de personnes sont menacées par cette réforme. Tout cela, monsieur le ministre, pour économiser 117 millions d'euros, aux dépens de l'assurance maladie.

M. Jean-Pierre Blazy. C'est bien maigre ! Petite économie !

Mme Elisabeth Guigou. Deuxième mesure que je veux rappeler : 150 000 personnes, en situation irrégulière, vont être frappées de plein fouet par la fin de gratuité de l'aide médicale d'Etat. Jusqu'à présent, les sans-papiers résidant en France bénéficiaient de soins gratuits, lorsqu'ils avaient des ressources inférieures à 566,50 euros par mois. Les bénéficiaires de l'AME devront désormais acquitter un ticket modérateur. Or on sait que ces personnes renonceront aux soins s'il faut payer car, pour elles, chaque euro, chaque demi-euro, chaque centime d'euro compte. C'est grave socialement. C'est aussi grave sur le plan sanitaire lorsque des personnes sont porteuses de maladies contagieuses. Et qu'on ne nous dise pas que l'administration ne peut repérer les fraudeurs. S'il y a fraude, qu'on la sanctionne mais qu'on ne prive pas de soins les plus démunis. C'est une question sanitaire, sociale et humanitaire.

Vous contractez les remboursements par la sécu, au lieu de les étendre, comme nous l'avions fait pour l'optique, les prothèses externes, les appareils auditifs, les pompes à insuline. Vous déremboursez des médicaments utiles, comme l'homéopathie.

M. Yves Bur. C'est Mme Aubry qui a instauré cette politique. Mais vous n'avez jamais eu le courage de la poursuivre !

Mme Elisabeth Guigou. L'économie de cette dernière mesure est dérisoire – 60 millions d'euros escomptés – et elle provoquera, bien sûr, le report des patients vers d'autres médicaments, notamment antibiotiques, mieux remboursés et en moyenne quatre fois plus chers. Les comptes de la sécu y gagneront-ils ?

Si l'on veut sincèrement sauver la sécurité sociale, il faut engager de vraies réformes de structure. Tout d'abord, il faut reprendre une politique volontariste de maîtrise médicalisée des dépenses de santé. Vous faites porter aux patients l'entière responsabilité de la trop forte croissance des dépenses de santé. Pour vous, les malades sont des profiteurs. Ce qui est frappant, c'est que, une fois de plus, vous oubliez les prescripteurs. Or les patients ne font qu'acheter en officine ce que leur prescrit leur médecin, vous le savez bien.

M. Jean-Pierre Blazy. Eh oui !

Mme Elisabeth Guigou. Il faut donc engager un dialogue permanent avec l'ensemble des professionnels de la santé. J'avais commencé à le faire avec la série des « Grenelle de la santé » en 2001, que nous avons menés avec Bernard Kouchner.

M. Bruno Gilles. Avec le résultat que l'on sait !

M. Yves Bur. Vous les avez méprisés pendant quatre ans !

Mme Elisabeth Guigou. En sont résultés : un observatoire de la démographie des professionnels de santé ; le financement pérenne des réseaux ; le soutien à l'installation dans certaines zones rurales et urbaines, la désignation de « médecins référents » et leur rémunération forfaitaire.

M. Yves Bur. Vous vous en êtes tenue à des mots !

Mme Elisabeth Guigou. Et la loi du 6 mars 2002 qui a supprimé les lettres clés flottantes et qui a rénové le cadre conventionnel liant les professionnels de santé libéraux aux caisses d'assurance maladie,...

M. Yves Bur. Vous ne l'avez jamais appliquée !

Mme Elisabeth Guigou. ... avec des engagements collectifs et individuels en matière de permanence des soins et de fonctionnement des réseaux. En abandonnant ce chantier de la responsabilisation des professionnels, vous vous privez d'indispensables outils de maîtrise de la dépense de santé.

Je redirai brièvement, parce que Paulette Guinchard-Kunstler l'a déjà très bien fait, qu'il faut accompagner le vieillissement de la population. On ne se doute pas, à lire ce projet de loi, qu'une catastrophe sanitaire de grande ampleur a endeuillé la France l'été dernier. Rien n'est prévu pour remédier à ces maux. Vous ne rétablissez pas les crédits que vous avez supprimés sur les établissements destinés aux personnes âgées, les deux mois que vous avez rognés sur l'allocation personnalisée d'autonomie en retardant son versement, l'abaissement du seuil de revenus, de 949 à 643 euros, en dessous duquel il n'y a pas de ticket modérateur.

En dernier lieu, je mentionnerai la question des accidents du travail. Permettez-moi de vous dire que je suis vraiment choquée de ce que M. Fillon ne soit pas à vos côtés pour présenter ce projet de loi de financement de la Sécurité sociale. En effet, la branche accidents du travail et quelques autres mesures le concerne également. Vous me direz, nous avons l'habitude de voir M. Fillon se défiler (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire*) puisque, cet été, sur la canicule, il vous a laissé seul aussi affronter cette responsabilité, alors que, reconnaissons-le, le problème des urgences n'était probablement pas le principal.

M. Maxime Gremetz. Il n'y avait personne !

Mme Elisabeth Guigou. S'agissant des accidents du travail, nous avons engagé des réformes sur la base du rapport du professeur Roland Masse, afin de mieux réparer les accidents du travail : mensualisation des rentes, revalorisation de ces rentes et, en cas de décès d'une personne par accident du travail ou par maladie professionnelle, versements aux concubins et aux partenaires d'un PACS.

Enfin, nous avons créé en 2000 un fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, le FIVA, doté de 514 millions d'euros en 2002, ainsi qu'un dispositif de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante avec une dotation de 200 millions d'euros en 2002. Le financement public se partageait entre une contribution de l'État et une contribution de la branche accidents du travail. Aujourd'hui, c'est bien simple, la contribution de l'État est réduite à zéro, tandis que la part de la branche accidents du travail/maladies professionnelles se réduit à 100 millions d'euros pour 2004, contre 190 millions en 2003, soit une diminution de moitié.

Pour le futur, une réforme de grande ampleur est à engager sur ce terrain. Un trop grand nombre de maladies et d'accidents d'origine professionnelle ne sont pas

reconnus comme tels. Ils sont couverts par le régime général d'assurance maladie, financé par tous les assurés sociaux, alors qu'ils devraient être supportés par la caisse des accidents du travail, elle seule financée par la seule cotisation des employeurs. Un seul chiffre illustre l'ampleur de la sous-évaluation des accidents du travail : l'institut de veille sanitaire estime à plus de 10 000 le nombre de cancers d'origine professionnelle recensés chaque année, mais seuls moins de 800 sont reconnus et indemnisés par la branche accidents du travail/maladies professionnelles.

Il faut reprendre et approfondir les différentes pistes que nous avons lancées : revalorisation de la médecine du travail et de l'inspection du travail, développement des comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail par site, renforcement des sanctions pénales contre les non-déclarations d'accidents de travail par les employeurs... Il s'agit de retrouver aujourd'hui l'esprit de 1898, première grande loi d'assurance sociale de la III^e République.

Monsieur le ministre, je ne crois pas que la sécurité sociale soit, comme vous le dites, « un tonneau percé ». Pour nous, c'est un formidable outil de solidarité, un vivier de projets nouveaux à construire pour vivre ensemble, demain. Améliorer la santé des travailleurs, assurer la solidarité économique mais aussi sociale et humaine avec les personnes âgées, encourager les naissances, stimuler le formidable vivier d'emplois et de technologies *high-tech* qu'est le secteur de la santé, autant de perspectives d'avenir pour la sécurité sociale de notre pays.

C'est sur ces questions-là, toutes essentielles, que les Français vous attendent.

M. Hervé Novelli. Ça c'est sûr que ce n'est pas vous qu'ils attendent ! Ils vous ont assez vus !

Mme Elisabeth Guigou. Ils veulent un langage de vérité. Ils peuvent comprendre qu'il faut des réformes structurelles pourvu qu'elles soient justes socialement et efficaces financièrement. En ne faisant rien de sérieux sur le déficit, en pénalisant les plus faibles, en refusant de faire contribuer tous les professionnels de la santé, monsieur le ministre, vous qui en appelez constamment à la responsabilité des patients et des malades, vous fuyez vos propres responsabilités. (*Exclamations sur les bancs de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Yves Bur. Vous les avez fuies pendant cinq ans !

Mme Elisabeth Guigou. Et votre responsabilité et celle de votre gouvernement sont engagées par le précédent projet de loi et par celui-ci. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Pierre-Christophe Baguet.

M. Pierre-Christophe Baguet. Monsieur le Président, messieurs les ministres, mes chers collègues, pour des questions de temps, je me limiterai uniquement à l'examen de la branche famille, mon excellent collègue Jean-Luc Prél ayant préalablement présenté l'avis de l'UDF sur les autres volets de ce projet de loi.

M. Maxime Gremetz. Il n'a pas dit ce que vous alliez faire. Il a oublié !

M. Pierre-Christophe Baguet. Monsieur le ministre délégué à la famille, vous aviez qualifié l'année dernière votre budget de transition. Vous aviez en effet hérité d'une situation désastreuse et illisible. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

Pendant cinq ans, le précédent gouvernement avait par trop confondu politique sociale et politique familiale.

M. Hervé Novelli. Très bien !

M. Pierre-Christophe Baguet. Il avait résumé la politique familiale à la lutte contre l'exclusion. De plus, il n'avait eu de cesse de multiplier les mises sous conditions floues des ressources des allocations familiales, alors que, je le rappelle, la politique familiale doit avoir pour seul but d'aider, de soutenir et de protéger toutes les familles dans chacune de leurs démarches.

M. Philippe Briand. Très bien !

M. Pierre-Christophe Baguet. Aussi, l'espoir et les attentes des familles étaient importantes. Lors de la conférence de la famille, le 29 avril dernier, le Premier ministre a annoncé un plan de dix mesures fortes en faveur des familles.

M. Jean-Pierre Blazy. Fortes, mais il n'y a pas d'argent !

M. Maxime Gremetz. Elles sont dures, pas fortes !

M. Pierre-Christophe Baguet. Une grande partie de ces mesures est aujourd'hui inscrite dans votre projet. L'UDF ne peut que s'en féliciter. Elles tendent vers une politique familiale globale plus offensive. En effet, en remplaçant les cinq prestations existantes pour la petite enfance par un mécanisme à deux étages, vous proposez aux familles un système plus clair, plus moderne et globalement plus efficace.

Grâce à l'augmentation de 37 % du plafond des ressources, 90 % des familles percevront la prime à la naissance, soit 200 000 familles supplémentaires. Vous répondez en partie à une demande constante de l'UDF, à savoir une politique familiale plus globale à destination de toutes les familles, sans discriminations.

De même, l'UDF a toujours défendu le principe de la liberté des parents dans le choix de leur vie familiale et de leur mode de garde. En annonçant 20 000 places de crèche supplémentaires, en ouvrant le secteur aux entreprises privées, en incitant financièrement par un crédit d'impôt les entreprises à faciliter la garde des enfants de leurs salariés, vous nous proposez, monsieur le ministre, des mesures qui vont dans le bon sens.

Cependant, l'UDF souhaite attirer votre attention sur trois points.

M. Maxime Gremetz. Ah !

M. Pierre-Christophe Baguet. Premièrement, après votre augmentation significative du plafond des ressources, nous vous renouvelons notre souhait d'un déplafonnement total des aides.

Deuxièmement, avec le durcissement des conditions relatives à l'activité professionnelle du nouveau complément de libre choix d'activité, la nouvelle réglementation risque de pénaliser de nombreuses familles ayant fait le choix d'avoir des enfants rapprochés. Notre rapporteur, Claude Gaillard, lui-même, les a considérées plus sévères que l'actuelle APE. Et je comprends d'autant moins votre vive réaction de cet après-midi que de très nombreuses associations, et même UNAF, s'inquiètent aussi. Je connais, monsieur le ministre, votre attachement à la famille. Je compte donc sur vous pour régler cet aspect des choses.

Car élever un enfant ne doit être en aucun cas vécu comme un sacrifice. Il est donc nécessaire de donner à toutes les familles les conditions du libre choix. Une mère

ou un père de famille doit pouvoir choisir d'interrompre son travail afin de guider les premiers pas de ses enfants. Pour cela, ils ne doivent en aucun cas avoir peur des conséquences financières de leur choix.

A ce titre, j'ai déposé un amendement visant à établir un calendrier plus souple, plus juste. Je proposerai également un amendement pour que soit dès maintenant et clairement inscrit dans la loi le principe d'assimilation des périodes de grossesse à une activité professionnelle.

Enfin, il est d'autant plus difficile d'expliquer aux familles ce durcissement que, dans le même temps, la branche famille se retrouve une nouvelle fois ponctionnée pour financer la branche retraite. Cette année, ce sont à nouveau 60 % des majorations de pensions pour enfants qui seront pris en charge par la branche famille. Encore une fois, nous le regrettons. Ces transferts doivent cesser. La solidarité doit se jouer exclusivement à l'intérieur même des branches. Aussi, fidèle à ses convictions, le groupe UDF déposera un amendement de suppression totale de cette mesure et un amendement de repli afin de diminuer ce transfert à 45 %.

Nous demanderons aussi le dépôt d'un rapport afin d'étudier les conséquences d'une telle ponction sur la famille. Il devra soumettre des propositions pour que la branche famille ne finance à l'avenir que des mesures en rapport avec sa légitime et juste affectation budgétaire, comme le rappelait le Président Jacques Chirac lors de sa campagne présidentielle de 2002.

Par ailleurs, je proposerai un amendement visant à allonger les prestations familiales jusqu'à l'âge de vingt-deux ans. C'est en effet au moment où le jeune adulte coûte le plus cher que les parents voient s'envoler le bénéfice du soutien nécessaire et indispensable de l'Etat.

Monsieur le ministre, avec ce budget 2004 pour la famille, vous concrétisez les avancées marquées par la conférence de la famille.

M. Philippe Briand. C'est très bien, la famille !

M. Pierre-Christophe Baguet. C'est une première étape importante de ce que vous avez appelé « la réforme fondamentale de la politique familiale ».

Dans cette démarche, sachez que le groupe UDF vous soutiendra activement, car les familles de France attendent encore plus. Elles attendent surtout légitimement que les ressources allouées soient réellement affectées à les soutenir.

M. Philippe Briand. Les familles attendent toujours plus !

M. Pierre-Christophe Baguet. A la place de mes collègues du groupe UMP, je me ferais un peu plus discret. Souvenez-vous, il y a quelques années, vous étiez les premiers à râler contre les prélèvements sur la branche famille !

M. Maxime Gremetz. C'est vrai !

M. Philippe Briand. Il y a quelques années, l'UMP n'existait pas !

M. Pierre-Christophe Baguet. Le groupe UDF restera très attentif à la suite du débat. Nous comptons sur vous, monsieur le ministre. *(Applaudissements sur les bancs du groupe Union pour la démocratie française.)*

M. le président. La parole est à M. Maxime Gremetz.

M. Maxime Gremetz. Après l'excellente intervention de Mme Fraysse, je limiterai mon propos à un sujet qui me tient particulièrement à cœur : la santé au travail.

Lors du débat sur la santé publique, vous m'aviez dit que ce n'était pas le moment de proposer des amendements, que nous y reviendrions lors de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale. Nous y sommes mais il paraît que ce n'est plus le moment. Sans doute devons-nous attendre un autre texte.

Je vous le répète, monsieur le ministre – vous n'avez d'ailleurs pas dit autre chose dans les grandes déclarations que vous avez faites dans le cadre du débat sur la santé publique –, la prévention, dans ce secteur, est primordiale. Malheureusement, vous ne semblez pas en prendre la juste mesure, sans quoi vous vous donneriez les moyens d'agir pour enrayer les situations dramatiques que nous connaissons.

Faut-il le rappeler, les risques d'accident du travail par heure travaillée sont toujours bien réels dans l'entreprise, la durée moyenne des arrêts de travail par incapacité temporaire s'est accrue, et la fréquence des accidents de trajet et le nombre de maladies professionnelles se sont développés. Ce n'est pas moi qui le dis, mais tous les rapports sur la question. Est-il encore nécessaire de mentionner qu'un ouvrier de trente-cinq ans sur quatre sera mort à soixante-cinq ans, tandis qu'un cadre sur dix connaîtra le même sort ?

Autre réalité, selon la caisse nationale d'assurance maladie, le nombre de maladies professionnelles est passé de 34 000 en 2001 à 35 919 en 2002 quoique les sous-déclarations persistent, chacun le sait.

Mme Catherine Génisson. C'est vrai !

M. Maxime Gremetz. La santé au travail est un véritable défi, monsieur le ministre, et nous vous invitons à ne pas passer à côté. Malheureusement, vous ne prêtez guère attention aux propositions. Ainsi, vous avez balayé d'un revers de main celles que nous avons faites au moment de l'examen du projet de loi de santé publique, en employant des arguments bien fragiles, d'ailleurs.

Nous renouvelons donc nos propositions à l'occasion de l'examen du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, afin d'avancer, dans la branche accident du travail et maladies professionnelles, sur la question de la prévention, mais aussi sur celle de la réparation.

Quelles sont nos propositions ?

Premièrement, nous demandons que soient renforcés les effectifs de la médecine du travail, dont je rappelle l'insuffisance, soulignée dans un rapport de l'IGAS.

Deuxièmement, il faut que nous avancions sur la question de la réparation intégrale des victimes. Nous avons eu un débat ici qui n'a jamais abouti.

Nous demandons également que, dans chaque entreprise, soient engagées des actions de prévention et d'information des salariés, en lien avec les caisses régionales de sécurité sociale et l'institut de veille sanitaire. Nous proposons donc que les comités d'hygiène, de sécurité et des conditions de travail soient les relais dans les entreprises pour préparer cette information et l'étude des facteurs de risques au travail.

Toutefois, les CHSCT n'existent que dans les entreprises de plus de cinquante salariés, laissant en dehors du respect et du contrôle de la protection de la santé et de la sécurité, mais aussi de l'amélioration des conditions de travail, de trop nombreux salariés : plus de 10 millions. C'est pourquoi nous faisons la proposition novatrice que, dans chaque entreprise de moins de cinquante salariés,

soit élu un salarié délégué à la santé. Il s'agirait d'un droit nouveau pour les salariés, un droit pour tous à la protection et à l'amélioration des conditions de travail.

Ainsi, dans chaque entreprise, les salariés pourront être informés des maladies professionnelles auxquelles ils peuvent être exposés : contamination aux produits dangereux, troubles musculo-squelettiques, etc. Peut-être pourrions-nous espérer ne plus revivre les scandales de l'amiante ou des éthers de glycol.

Malheureusement votre projet de loi semble bien éloigné de ces préoccupations. En effet, les articles relatifs à cette branche ne font que reconduire des participations financières aux différents fonds d'indemnisation, sans plus. En commission, ces deux amendements qui ne coûtent pas un sou, ont été refusés au motif qu'ils alourdiraient le dispositif. Or, il n'existe aucun dispositif ! Quelle réponse extraordinaire !

En effet, les dépenses révisées pour cette année sont fixées à 9,5 milliards d'euros. Le projet de loi les porte pour 2004 à 9,7 milliards d'euros. Autrement dit, il s'agit d'une véritable stagnation en euros constants.

M. le président. Monsieur Gremetz, veuillez conclure.

M. Maxime Gremetz. Oui, monsieur le président.

Voilà une illustration supplémentaire au fait que vous vous satisfiez de la situation existante en matière de maladies professionnelles et d'accidents du travail. Cette perspective est donc inconciliable avec tout objectif d'amélioration de l'indemnisation des victimes ou de leurs ayants droit.

J'ajoute avec gravité que cette constatation vaut malheureusement d'ores et déjà pour le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, le FIVA, dont la dotation en provenance de la branche accidents du travail - maladies professionnelles est abaissée de 190 millions à 100 millions d'euros, tandis que la participation de l'Etat employeur passe de 78 millions d'euros à zéro en 2004 ! C'est une disposition cachée de la loi de finances pour 2004, répondant à l'austérité généralisée des dépenses du budget de l'Etat.

Cette stagnation des moyens mis en œuvre – quand ils sont mis en œuvre ! – et des dépenses correspond bel et bien à votre volonté de ne pas relever le taux de la cotisation patronale, conformément aux volontés du MEDEF. Répondant à cette injonction, vous spoliez les salariés et leur famille d'un droit à la réparation !

C'est pourquoi, monsieur le ministre, nous reviendrons dans le débat sur toutes ces questions en défendant bec et ongles nos amendements, car on ne peut pas jouer avec la santé des salariés, de ceux qui produisent les richesses dans ce pays. *(Applaudissements sur les bancs du groupe des député-e-s communistes et républicains.)*

Mme Elisabeth Guigou. Très bien !

M. le président. Comme le disait Bergson, le temps intensité a beaucoup plus de force que le temps durée. La parole est à M. Bernard Perrut.

M. Bernard Perrut. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, notre système de sécurité sociale est au cœur du contrat social et, par conséquent, au cœur de la vie quotidienne de tous les Français. Il est aussi au centre du débat que nous engageons aujourd'hui et qui va se prolonger par une réforme importante.

Son budget fait l'objet de dérives qui suscitent des inquiétudes. Nous les avons exprimées sur chacun de nos bancs. Mais nous affirmons, au groupe UMP, notre

volonté de sauvegarder les principes fondamentaux de notre système de solidarité et le libre accès de tous nos concitoyens à des soins de qualité.

Les comptes de la sécurité sociale ne sont pas bons, en raison du ralentissement économique mais, plus encore, à cause des décisions de la précédente majorité, surtout parce qu'elle a gaspillé les années de croissance sans préparer l'avenir. Comment, par conséquent, la gauche pourrait-elle aujourd'hui être plus crédible qu'elle ne l'a été hier ?

Face à un déficit pour 2004 qui pourrait atteindre 13,6 milliards d'euros, le Gouvernement fait preuve de courage et de réalisme et vous nous proposez, monsieur le ministre, un budget de cohérence qui s'attache à stabiliser le déficit de l'assurance maladie et à ne pas augmenter les prélèvements. Vous avez fait le choix de la clarification et de la modernisation de l'assurance maladie. Nos collègues M. Bur et M. Accoyer l'ont montré avant moi.

Le débat pour savoir s'il faut plus ou moins d'Etat, plus ou moins de privé, qui va s'ouvrir dans les mois qui viennent devra en tout cas porter sur le rôle de l'Etat garant et de ses partenaires. En effet, nous devons bien distinguer un jour ce qui relève de la solidarité collective de ce qui est de la responsabilité individuelle.

Le PLFSS pour 2004 s'inscrit d'ores et déjà, mes chers collègues, dans une démarche de dialogue permanent et de responsabilisation de l'ensemble des acteurs du système de santé qui va du médecin et des autres professionnels jusqu'à l'assuré social.

Chaque Français a des droits sur la sécurité sociale mais il a aussi des devoirs. Si l'on dit fréquemment que la santé n'a pas de prix, osons rappeler qu'elle représente un coût.

Ce principe de responsabilisation des assurés sociaux est nécessaire. Il passe par un effort de pédagogie et d'information leur permettant de prendre conscience du coût réel supporté pour leur propre compte par les caisses d'assurance maladie. Trop de nos concitoyens ignorent souvent le prix de leurs médicaments, le coût de leur passage aux urgences après un week-end de ski, pour ne prendre que ces deux exemples. Notre système de protection sociale conduit à des comportements passifs. Avouons que le tiers payant et la carte Vitale ont contribué à nous faire perdre la notion de prix pour la santé.

Mme Jacqueline Fraysse. Mais enfin, ils cotisent ces gens-là !

M. Maxime Gremetz. Ils ne s'imaginent pas que ce sont eux qui cotisent et qui produisent les richesses !

M. Bernard Perrut. C'est d'ailleurs pourquoi j'ai déposé un amendement, adopté par la commission, qui tend à imposer aux pharmaciens d'informer directement les assurés sociaux titulaires de la carte Vitale du coût des dépenses en médicaments dont ils bénéficient.

M. Maxime Gremetz. C'est scandaleux ! C'est de la stigmatisation !

M. Bernard Perrut. Il faut d'ailleurs, plus largement, que les professionnels de la santé participent à cette dynamique de communication.

M. Maxime Gremetz. Vous prenez les gens pour des gogos !

M. Paul-Henri Cugnenc. Pas tous !

M. Bernard Perrut. Cette démarche, monsieur Gremetz, correspond à la volonté exprimée par le ministre, d'engager une lutte contre les gaspillages quels qu'ils soient.

M. Maxime Gremetz. Vous ne feriez pas de profits sans eux !

M. Bernard Perrut. Les comportements qui sont sources d'abus doivent être considérablement infléchis.

Notre responsabilité est à la fois collective et individuelle. Nous devons soutenir les mesures de mise en ordre que vous nous proposez et qui concernent aussi bien certaines baisses de remboursement de certains médicaments...

M. Maxime Gremetz. Il y a les grandes et les petites bourses !

M. Bernard Perrut. ... que les affections de longue durée et les indemnités journalières.

M. Maxime Gremetz. Il y a la médecine pour les riches et la médecine pour les pauvres.

M. Paul-Henri Cugnenc. Caricature !

M. Bernard Perrut. La modernisation de l'hôpital est aussi au cœur de nos débats tant avec le plan Hôpital 2007 qu'avec ce PLFSS dans lequel vous proposez des mesures qui préparent l'avenir.

La tarification à l'activité va permettre aux établissements publics et privés de percevoir un budget conforme à l'ensemble des activités médicales. Il s'agit d'une innovation importante. Il faut encore évoquer, parmi toutes ces mesures, la maîtrise médicalisée et le réseau ville-hôpital, la permanence des soins, le dossier médical partagé.

Je veux aussi saluer la volonté de faire de la lutte contre le cancer un impératif de santé publique ainsi qu'un axe majeur de ce projet de loi sur la sécurité sociale. En effet, le cancer est, depuis toujours, un véritable fléau national, car la mortalité par cancer en France est l'une des plus élevée. Par conséquent, la hausse du prix du tabac avec toutes les conséquences pour les burocrates que le Gouvernement doit toutefois prendre en compte, monsieur le ministre, s'inscrit pleinement dans cet objectif de santé publique. Il s'agit d'une mesure de cohérence que justifient les prévisions alarmistes puisque, en France, plus d'un décès sur neuf est imputable au tabac, soit 60 000 décès par an. Mais encore faut-il, pour atteindre l'objectif, intensifier l'accompagnement des fumeurs, car la nicotine induit une véritable dépendance et, si nous n'apportons pas aux intéressés une aide appropriée suffisante et renforcée, nous échouons, monsieur le ministre.

Quant aux jeunes, un trop grand nombre fume trop tôt dans leur vie. Les initiatives prises par le ministère de l'éducation nationale pour les dissuader d'allumer une cigarette sont encourageantes et doivent être poursuivies. On ne peut toutefois tout attendre des pouvoirs publics et, vis-à-vis des jeunes, le rôle des parents est essentiel dans ce domaine, comme il l'est de manière plus globale dans cette phase de transition entre le monde de l'enfance et celui des adultes.

Ainsi, le thème retenu pour la conférence de la famille 2004 me paraît primordial. Il se situe dans le prolongement des mesures significatives que Christian Jacob nous propose en faveur des familles françaises dont les attentes sont nombreuses.

Oui, mes chers collègues, la famille est la cellule de base de la société, le lieu de l'apprentissage de la vie en collectivité et il relève de la responsabilité du Gouvernement de répondre à ces véritables enjeux.

Le groupe UMP vous remercie, monsieur le ministre de la famille, de mener une politique globale reposant sur la concertation et la discussion avec l'ensemble des parte-

naires. Dans ce PLFSS, la politique familiale repose sur un objectif double : favoriser la natalité tout en tenant compte des réalités socio-économiques. Actuellement, en effet, 80 % des mères de famille exercent une activité professionnelle tout en ayant des enfants. Leur mérite consiste à œuvrer pour le renouvellement des générations et de participer, par leur travail, au financement de la réforme des retraites. Le Gouvernement et notre majorité sont donc bien en phase quant à la place des femmes dans notre société.

M. Richard Mallié. Très bien !

M. Bernard Perrut. Je tiens à le souligner : nous ne sommes pas des ringards, mais des modernes ! (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme Jacqueline Fraysse. Redites-le !

M. Bernard Perrut. Conformément à ce qui avait été annoncé à l'occasion de la conférence sur la famille, la prestation d'accueil du jeune enfant sera effective à compter du 1^{er} janvier 2004 et 140 millions d'euros ont été prévus pour financer cette prestation. Dans le but clairement affiché de concilier vie professionnelle et vie familiale, la PAJE grâce à son dispositif à deux niveaux associant une allocation de base et un complément de libre choix d'activité ou un complément mode de garde, selon la situation professionnelle des parents, sera perçue par 90 % d'entre eux, ce qui est considérable.

Cependant, le Gouvernement se garde de tout dogmatisme et ne verse ni dans le tout-crèche, ni dans le tout-garde. Ainsi 20 000 places de crèches seront créées, ce qui représente 50 millions d'euros de crédits pour 2004. Des mesures incitatives seront prises en direction des entreprises désireuses de créer des crèches à proximité du lieu de travail des parents. C'est votre Gouvernement qui le propose, messieurs les ministres, et c'est votre gouvernement qui le fait.

Quant aux assistantes maternelles, leur statut date de 1977. Il est aujourd'hui inadapté et sera réformé dans le cadre d'un projet de loi global qui sera présenté au Parlement dès le premier semestre de 2004. Une enveloppe de 10 millions d'euros est d'ores et déjà prévue. Des signes importants sont adressés à cette profession. Selon une enquête récente, près de la moitié des assistantes maternelles souhaitent travailler davantage. Leur métier doit être valorisé et leur activité doit devenir plus attractive.

Voilà autant d'évolutions qu'il faut saluer ce soir et pour lesquelles, messieurs les ministres, il faut vous remercier.

Enfin, ce PLFSS a pour but d'améliorer la prise en charge des personnes fragilisées par l'âge, la dépendance ou le handicap. Citons l'amélioration de la qualité et la médicalisation accrue des structures d'accueil, la création de nouvelles places de services en soins infirmiers à domicile, ou encore le développement de l'hébergement temporaire. Il convient en outre de reconduire l'effort actuel pour la prise en charge des personnes handicapées. C'est pourquoi Mme Boisseau a orienté les choix de son ministère en direction de la création de places. Aujourd'hui, environ 75 % des places décidées en 2003 ont été réalisées. En 2004, 2 200 places nouvelles en maisons d'accueil seront créées. Nous attendons aussi, bien entendu, le plan Vieillesse et solidarités qui nous sera présenté dans quelques jours, et la loi sur le handicap qui constituera une grande réforme.

Je conclurai, messieurs les ministres, mesdames, messieurs, en remarquant que le PLFSS pour 2004 n'est pas l'expression de la résignation, mais que, bien au contraire, il introduit le grand projet de réforme de l'assurance maladie dont nous aurons à discuter les grandes lignes en 2004, sans anticiper, bien sûr, sur les travaux du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. Il pose en tout cas clairement le principe de responsabilisation des acteurs du système de santé et ne stigmatise pas l'un ou l'autre.

Pour ma part, je plaide en faveur d'un système dans lequel les patients seraient de véritables acteurs de cette politique de santé. L'effort de tous sera nécessaire et les choix que nous aurons à prendre ici même seront bien évidemment difficiles mais aussi responsables.

Comme toujours, chers collègues, chaque difficulté rencontrée doit être l'occasion d'un nouveau progrès, surtout lorsqu'il s'agit de préparer l'avenir. « On ne subit pas l'avenir, on le fait », écrivait Georges Bernanos : tel est, je crois, notre objectif commun. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire. – Rires et exclamations sur les bancs du groupe socialiste et du groupe des député-e-s communistes et républicains.*)

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

M. Alain Claeys. Cela fait dix-huit mois, monsieur Mattei, que vous occupez la difficile fonction de ministre de la santé.

M. Paul-Henri Cugnenc. C'est vrai que c'est une fonction difficile.

M. Alain Claeys. Aujourd'hui, nos concitoyens sont inquiets sur l'avenir de leur système de santé, et ce pour plusieurs raisons.

J'en retiendrai deux.

La première est due à la catastrophe sanitaire qui s'est déroulée au mois d'août, dans un pays qu'on nous décrit comme le meilleur du monde et où les indicateurs de santé sont réputés les plus fiables. Nous nous sommes rendu compte, à cette occasion, des inégalités territoriales, du mauvais fonctionnement des systèmes d'alerte, des dysfonctionnements de tous ordres, et reconnaissez, monsieur le ministre, que ce n'est pas la loi de santé publique, votée entre une mission d'information et une commission d'enquête, qui aura pu rassurer nos concitoyens.

Mais il est une seconde raison à cette inquiétude. Notre système de protection sociale était notre bien commun. Quel que soit le parti porté au pouvoir selon le jeu de l'alternance, chacun se retrouvait pour le défendre. Or nos concitoyens ont aujourd'hui l'intuition que le consensus concernant notre système de protection sociale est remis en cause. Ce n'est pas là un débat médiocre, mes chers collègues. Il est au contraire important et il faut avoir l'honnêteté de l'aborder.

M. Paul-Henri Cugnenc. C'est vrai.

M. Alain Claeys. Je remercie M. Bur et M. Accoyer d'avoir levé le voile sur vos intentions, monsieur le ministre, mais les Français ne comprennent pas que, alors qu'on leur annonce un déficit abyssal, on leur donne rendez-vous pour le 15 juillet 2004. Pourquoi une telle attente, alors que la situation est catastrophique ?

Nos concitoyens réfléchissent et se demandent si ce trou qui va encore se creuser, on le sait très bien, quelles que soient vos prévisions, monsieur le ministre de la santé, ne va pas être l'occasion de remettre en cause ce système dont nous avons hérité de la Libération.

Alors les formules sont multiples... grands risques, petits risques. Monsieur le ministre de la santé, lorsque vous étiez président du groupe Démocratie libérale, vous avez évoqué la notion de concurrence. M. le Premier ministre, récemment, mettant en place le comité, a évoqué d'autres images pour préparer nos concitoyens à un système de solidarité *a minima* et au recours à l'assurance privée.

Toutefois nos concitoyens ont d'autres raisons aujourd'hui de croire que vous souhaitez mettre en place un tel système de soins. Il suffit de voir comment ont été traités, au lendemain de votre élection, les acteurs de la santé et comment sont traités aujourd'hui les assurés sociaux. Dans le PLFSS que vous présentez aujourd'hui, il est clair que ce sont les assurés qui assument les mesures de restriction que vous proposez.

Le malaise existe. Certes, nous pouvons cacher ce débat derrière des mesures techniques. Mais je ne pense pas qu'il s'agisse de mesures techniques, ni que vous fassiez preuve, monsieur le ministre, d'incompétence. Sur ce sujet, vous avez choisi une ligne claire, que vous aviez annoncée lorsque vous étiez dans l'opposition. Vous attendez seulement les conditions politiques pour la mettre en place, conditions politiques qui doivent passer par les échéances électorales, régionales et européennes, de 2004.

Monsieur le ministre, vous programmez une hausse du ticket modérateur et la restriction de certaines exonérations comme celles pour les affections lourdes et les accidents graves. Pourtant, ces hausses frappent de plein fouet les personnes les plus modestes, celles qui se situent juste au-dessus du seuil d'accès à la CMU.

Ces mesures sont injustes socialement. Elles pénalisent les assurés sociaux en restreignant l'accès aux soins sous couvert de responsabilisation. D'ailleurs, les mutuelles ont déjà annoncé qu'elles augmenteront leurs cotisations en moyenne de 10 %.

C'est une véritable entreprise de suspicion à l'égard des assurés sociaux, que vous accusez de recours abusif aux arrêts maladie indemnisés. Est-ce vraiment le signe d'une politique raisonnable que de renforcer les contrôles sans se poser la question de l'origine de ce taux élevé d'indemnités journalières ? Ne faudrait-il pas, par exemple, mettre en place une politique en faveur de l'emploi des personnes de plus de 50 ans ?

Vous prévoyez, monsieur le ministre, une enveloppe de 4,2 % pour l'hôpital. C'est très insuffisant au regard des besoins actuels. J'ai, à ce sujet, une question précise à vous poser : le rapporteur pour avis de la commission des finances, que j'ai interrogé, m'a confirmé que le plan destiné aux services d'urgence était compris dans l'enveloppe des 4,2 %. Confirmez-vous cette information ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Oui.

M. Alain Claeys. Si vous la confirmez, cela veut dire que les hôpitaux devront, à l'intérieur de cette enveloppe...

Mme Marie-Françoise Clergeau. Redéployer !

M. Alain Claeys. ... faire des redéploiements pour appliquer le plan relatif aux services d'urgence.

M. Jean-Pierre Blazy. Eh oui !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je vous répondrai.

M. Alain Claeys. Monsieur le ministre, afin de respecter mon temps de parole, j'aborderai très rapidement, pour terminer, la tarification à l'activité et la réforme de l'hôpital.

Je ne remets pas en cause le principe de la tarification à l'activité. Je dis simplement que les conditions ne sont pas aujourd'hui remplies pour que ce système, compte tenu des propositions que vous nous faites, puisse se mettre en place en préservant le service public de l'hôpital. J'en veux pour preuve l'absence de distinction entre enveloppe publique et enveloppe privée. En outre, lorsque des directeurs d'hôpitaux interrogent votre administration, les réponses de cette dernière sont fluctuantes concernant le périmètre des missions de service public des établissements hospitaliers. Ce que nous craignons, c'est que ces missions deviennent demain une variable d'ajustement.

Vous le savez très bien, monsieur le ministre : la tarification par activité ne pourra être efficace que si la réforme de gouvernance va jusqu'au bout, c'est-à-dire ne concerne pas uniquement le haut de la pyramide hospitalière, mais s'applique à chaque secteur d'activité afin que l'on puisse y voir clair.

Nous sommes encore dans une période de transition, mais nous en sortirons forcément dans les mois qui viennent. C'est pourquoi le débat qui va s'instaurer entre votre majorité et l'opposition ne porte pas sur la marge, sur tel ou tel amendement ou telle ou telle mesure. Il consiste à savoir si, en 2004, nous pourrions conserver, en France, un système de protection sociale basé sur la solidarité, avec un certain nombre de réseaux de soins chargés d'une mission de service public. Ce débat n'est donc pas médiocre, et nous devons l'avoir. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. le président. Merci, monsieur Claeys, d'avoir respecté votre temps de parole.

La parole est à M. Denis Jacquat.

M. Denis Jacquat. Monsieur le président, messieurs les ministres, messieurs les rapporteurs, mes chers collègues, le 18 avril 2001, je me réjouissais à cette tribune, en tant que porte-parole de mon groupe parlementaire, de l'examen du projet de loi relatif à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie - APA -, d'autant que je faisais partie des nombreux parlementaires qui souhaitaient une transformation de la prestation spécifique dépendance - PSD - qui avait montré ses lacunes et révélé ses dérives.

Lors de ma prise de parole dans le cadre de la discussion générale, je déclarais et je me cite, car mes déclarations d'alors sont, aujourd'hui, plus que jamais d'actualité :

« J'en viens maintenant au motif de mon scepticisme face à la mouture actuelle de ce projet de loi.

« On peut constater que le projet qui nous est présenté ne résout pas la question du financement de la prestation au-delà de 2003. C'est assez paradoxal face à toutes les prévisions qui annoncent une véritable montée en puissance des besoins. Faudra-t-il et sera-t-il opportun de solliciter à nouveau les conseils généraux, en leur demandant de surcroît d'accroître leur contribution et ce avec toute l'incertitude que cette éventualité comporte ? Je crois que nous pouvons nous autoriser à « naviguer à vue » sur un point aussi essentiel que le financement. La prestation que nous mettons en place doit, au contraire, de manière impérative, s'inscrire dans une perspective de pérennité.

« Je dis à cet égard mon attachement à la mise en place d'un cinquième risque au sein de notre sécurité sociale, car c'est le seul gage de cette pérennité et le seul moyen efficace de faire jouer la solidarité nationale. Pourquoi refuser d'admettre que nous nous trouvons aujourd'hui face à un nouveau risque social appelé à prendre de l'ampleur et nécessitant une réponse adaptée reposant sur une cotisation spécifique ?

« Je persiste à soutenir qu'écartier cette possibilité serait une grave erreur et nous condamnerait à nous revoir pour discuter de la mise en place d'une nouvelle prestation. Ce n'est pas souhaitable.

« Il est temps que nous sortions de la logique d'aide sociale dans laquelle nous sommes actuellement enfermés. J'ajoute qu'il est indispensable que nous tendions vers la mise en place d'un dispositif simple, lisible et facile à gérer pour les personnes âgées et les familles. »

Avais-je raison avant l'heure ?

Aujourd'hui, nous sommes de plus en plus nombreux à demander que puisse être étudiée le plus rapidement possible la création d'une cinquième branche, portant sur la perte d'autonomie à tous les âges de la vie. Afin d'éviter la création d'un organisme supplémentaire, sa gestion pourrait être confiée à la CNAM et/ou à la CNAV.

Pour moi, je le répète, les conseils généraux ne peuvent financer la perte d'autonomie. La charge financière, déjà très lourde, sera toujours croissante et entraînera inévitablement des inégalités départementales.

Je m'interroge encore sur le bien-fondé de confier aux conseils généraux, qui n'ont aucune compétence sanitaire, le soin d'intervenir sur les cas de perte d'autonomie les plus lourds – GIR 1 à GIR 4. La prise en charge des personnes âgées en perte d'autonomie combine des actions d'aide à l'autonomie et des soins. Symétriquement, de nombreuses pathologies débouchent, au-delà du soin technique, sur un besoin de prise en charge de la dépendance que la pathologie génère ou accentue. La qualité des soins aux personnes âgées suppose donc une approche globale du sujet qui peut garantir une réelle articulation entre le social, le médico-social et le sanitaire.

Pour ces raisons, il m'apparaît plus judicieux, dans le contexte de l'étude de la mise en place d'une cinquième branche, d'étudier également s'il n'est pas préférable de confier la gestion des cas les plus lourds à la sécurité sociale – CNAM-CNAV – qui, par sa double vocation sanitaire et sociale, peut avoir une approche globale de la prise en charge des personnes âgées et, plus largement, comme le suggèrent fort justement les auteurs du Livre blanc pour une prestation autonomie, toutes les personnes en perte d'autonomie. Quant à la gestion des cas les plus légers, elle devrait être confiée aux conseils généraux au titre de leur politique d'action sociale.

Lorsque la sécurité sociale a été mise en place, ses auteurs se sont bien gardés de procéder à une énumération limitative des risques qu'elle serait amenée à prendre en charge. Ils se doutaient parfaitement que l'évolution de notre société imposerait des adaptations. Nous sommes au temps d'une adaptation.

L'heure a sonné de réfléchir sans tarder au cinquième risque, à la cinquième branche. Monsieur le ministre – et je le souhaite très sincèrement – vous avez l'occasion de laisser votre nom, à vie (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste*) dans l'histoire sanitaire et sociale de notre pays. Il vous appartient de la saisir. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. Merci, monsieur Jacquat, d'avoir été aussi synthétique.

La parole est à M. Jacques Domergue.

M. Jacques Domergue. Monsieur le président, monsieur le ministre, mes chers collègues, je limiterai mon propos au problème de l'homéopathie. (*Exclamations sur plusieurs bancs du groupe socialiste.*)

L'annonce de la baisse de son taux de remboursement, dans le cadre du PLFSS 2004, a été vécue et volontairement présentée comme le déremboursement de toute la gamme des produits homéopathiques. Cela est faux, et suffisamment grave pour que la représentation nationale en soit informée.

De quoi s'agit-il ?

Dans le cadre de la nouvelle politique du médicament, vous avez souhaité, monsieur le ministre, que l'assurance maladie rembourse les médicaments sur la base de la notion de service médical rendu – SMR. De fait, deux taux de remboursement existent depuis 1977 : l'un à 65 % pour les produits efficaces contre les maladies graves, et l'autre à 35 %. Cette révision du taux de remboursement, initiée en 1999, s'est traduite par le déremboursement de certains produits et par le reclassement d'autres. Jusqu'à présent, l'homéopathie était remboursée à 65 %. Lorsque l'on réduit le taux de remboursement de certains médicaments, les économies qui sont ainsi réalisées permettent d'inscrire au remboursement de nouveaux produits : 519 depuis 2002. La commission de la transparence a évalué différentes familles de médicaments sur la base de notions scientifiques et a conclu que les preuves de l'efficacité des médicaments homéopathiques étaient insuffisantes pour maintenir un taux de remboursement à 65 %. Je rappelle au passage que, contrairement aux produits médicamenteux allopathiques, les produits homéopathiques ne sont pas soumis à l'AMM – autorisation de mise sur le marché.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Tout à fait.

M. Jacques Domergue. De plus, les produits homéopathiques s'adressant à des maladies dites courantes, il était normal qu'ils soient remboursés comme les médicaments allopathiques traitant ces maladies. Il ne s'agit donc pas d'un déremboursement, mais d'un reclassement des produits homéopathiques. Cette nuance méritait d'être précisée.

Quels sont les malades concernés par cette modification ?

En France, entre trois et quatre millions de personnes utilisent l'homéopathie. Le plus souvent, il ne s'agit pas d'utilisateurs exclusifs. Ils l'emploient contre certaines maladies pour lesquelles les produits homéopathiques ont prouvé une certaine efficacité : allergie, trouble du sommeil, coups, douleurs. La France et l'Allemagne sont les plus gros consommateurs de produits homéopathiques. C'est donc une spécialité franco-française, voire franco-allemande. Les personnes qui utilisent les produits homéopathiques sont des personnes qui, le plus souvent, sont sociologiquement couvertes par des assurances complémentaires.

La baisse du taux de remboursement est-elle justifiée ?

Plusieurs notions caractérisent les médicaments homéopathiques. La plus importante est qu'aucune étude scientifique ne démontre réellement l'efficacité de l'homéopathie. Une méta-analyse de 2001 portant sur 186 essais n'a retenu que 89 études comme éligibles, parmi lesquelles

26 ont été classées en catégorie A, c'est-à-dire retenues comme scientifiquement valables. Cependant, alors que l'efficacité de l'homéopathie était considérée scientifiquement comme non prouvée, les auteurs reconnaissent que l'effet de l'homéopathie dans des domaines comme l'allergie ou la reprise du transit intestinal après une intervention chirurgicale ne devait pas être apparenté à l'effet placebo.

Certes, on ne saurait parler purement et simplement d'effet placebo. Mais est-ce suffisant pour maintenir un taux de remboursement à 65 % ?

M. Pierre-Louis Fagniez. Très bonne démonstration !

M. Jacques Domergue. Si l'on considère que l'homéopathie concerne les maladies courantes, c'est-à-dire la guérison spontanée pour lesquelles la pharmacopée n'agit que sur des symptômes en réduisant leur intensité ou leur durée, il est logique que les produits homéopathiques soient remboursés comme les médicaments allopathiques de la même gamme, c'est-à-dire à 35 %. Ajoutons que les produits homéopathiques sont souvent consommés dans le cadre d'une automédication.

L'homéopathie présente certains avantages, il ne faut pas le nier. Le premier, incontestable, est son innocuité. Les effets secondaires sont quasiment nuls. Mais n'est-ce pas là le corollaire d'une faible efficacité ? Peut-on continuer de rembourser certains médicaments au seul motif que, s'ils ne font pas de bien, ils ne font pas de mal ?

Deuxième avantage : le prix des produits homéopathiques étant peu élevé, le médicament est facilement remboursable par les mutuelles. Le risque de transfert vers des molécules allopathiques plus coûteuses n'est pas suffisant pour justifier un maintien du taux de remboursement à 65 %.

En conclusion, la baisse du remboursement doit être considérée non comme un déremboursement, mais comme un transfert de charge de l'assurance maladie vers les assurances complémentaires, ou vers les ménages, pour les produits dont l'efficacité n'est pas toujours scientifiquement prouvée et dont le domaine d'action est éloigné des thérapeutiques de première nécessité. Nous ne pouvons qu'encourager les laboratoires pharmaceutiques spécialisés dans les produits homéopathiques à investir dans la recherche et à lancer des études de qualité pour démontrer que leurs produits sont efficaces, auquel cas il sera possible de réajuster le taux de remboursement de certains de ces médicaments, au vu d'éléments scientifiquement avérés.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Absolument !

M. Jacques Domergue. Ce pourrait être le cas d'Oscillococcinum, qui paraît avoir une certaine efficacité sur la grippe – encore faudra-t-il la démontrer – ou d'Arnica, fréquemment utilisé en cas d'hématome ou de blessure.

Les 80 millions d'euros d'économies ainsi dégagés contribueront au remboursement de molécules nouvelles, à efficacité démontrée, contribuant ainsi au nouvel axe de la politique du médicament : les Français doivent avoir accès à l'innovation thérapeutique. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. La parole est à Mme Marie-Françoise Clergeau.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Monsieur le président, messieurs les ministres, mes chers collègues, être parent s'avère une difficile et délicate mission dans une société

aux repères plus fragiles et mouvants que par le passé. La famille reste le premier lieu d'éducation et de citoyenneté. C'est à ce titre que la collectivité fait le choix de soutenir les familles. Mais la politique familiale ne peut se résumer à des aides, aussi importantes soient-elles. L'éducation, le sport, les associations, la culture, la politique de l'emploi, notamment en direction des jeunes, la formation professionnelle, le logement, la justice, la santé, c'est tout un ensemble qui concourt à une politique familiale ambitieuse.

Malheureusement, le Gouvernement ne met pas en œuvre cette approche globale. Les choix budgétaires d'une politique favorable aux plus aisés mais dure envers les plus modestes se répercutent dans la vie quotidienne des Français comme sur la politique familiale. Car il est aussi incohérent d'annoncer des baisses d'impôts tout en augmentant les taxes, que d'afficher des aides nouvelles aux familles alors que l'on diminue leur pouvoir d'achat.

Sur le plan budgétaire, les mesures que vous nous présentez aujourd'hui s'élèvent à 200 millions d'euros pour 2004 alors que le solde prévisible de la branche famille s'établit à 23 millions d'euros. La question du financement de ces mesures est donc légitimement posée. Le coût de vos mesures atteindrait 1,2 milliard d'euros par an en 2007. Etes-vous sûr de pouvoir les mettre en œuvre ? Cela ne nous rappelle-t-il pas, monsieur le ministre, la loi famille de 1994 dont les mesures n'étaient pas financées et qui a porté le déficit de la branche famille à 2,13 milliard d'euros en 1997 ?

Vous affichez la création d'une grande allocation alors que, en pratique, il s'agit avant tout d'amalgamer des aides déjà existantes en faveur de la petite enfance. Si le souci de simplification est louable, il ne faut pas pour autant écarter des dispositifs d'aide certaines situations familiales complexes. Cette simplification – à supposer que cela en soit réellement une – ne doit pas jouer au détriment des familles en difficulté. En élargissant les conditions de ressources, vous cherchez habilement à faire croire que toutes les familles concernées par l'accueil des jeunes enfants seront gagnantes. Mais c'est travestir la vérité. Une nouvelle fois, vous appliquez à la famille la même ligne directrice, la même logique qui se retrouve à tous les niveaux de votre politique : les parents les plus aisés recourant, par exemple, aux gardes à domicile bénéficient d'un maximum d'aide tandis que les parents aux revenus faibles ou moyens, utilisateurs d'une crèche, ne verront aucun changement puisque vous privilégiez l'aide individuelle.

Il n'est qu'à prendre un exemple très concret : alors que le coût d'une garde à domicile s'établit à 1 670 euros par mois, selon vos propres estimations, vous proposez une aide de 725 euros pour une famille au SMIC, – celui-ci, rappelons-le, est de 915 euros. Pour financer cette garde à domicile, cette famille n'aurait pas assez de la totalité de ses revenus ! A-t-elle réellement le choix ?

M. Christian Jacob, ministre délégué à la famille. Vous dites n'importe quoi !

Mme Marie-Françoise Clergeau. Contredisez-moi si vous le voulez, monsieur le ministre, mais ce n'est pas n'importe quoi !

M. le ministre délégué à la famille. C'est vraiment n'importe quoi, je vous l'expliquerai demain !

Mme Marie-Françoise Clergeau. En revanche, un couple qui gagne cinq fois le SMIC, soit 4 575 euros, recevra une aide de 1 325 euros comprenant la PAJE et le relèvement du plafond de la réduction d'impôt pour

l'emploi d'un salarié à domicile. Vous pourrez essayer de m'expliquer le contraire si vous le souhaitez. Je suis impatiente d'entendre vos explications sur cet exemple très concret.

Comment pouvez-vous dans ces conditions soutenir que votre politique va offrir un réel choix à toutes les familles ? Ce sera vrai, mais pour certaines familles seulement.

Voilà votre politique familiale : davantage aux plus aisés, toujours moins à ceux qui en ont le plus besoin !

Votre projet manque également de cohérence. Vous favorisez l'accueil individuel mais vous ne mettez pas pour autant immédiatement en place une réforme du statut des assistantes maternelles, comme vous vous y étiez engagé devant la conférence de la famille.

Vous n'apportez pas de réponse aux enjeux de la professionnalisation nécessaire à la qualité de l'accueil dû aux enfants et seule à même de garantir aux professionnels de la petite enfance des salaires et une protection sociale dignes. Pourquoi repousser sans cesse cette réforme tant attendue ?

M. le ministre délégué à la famille. Pourquoi ne l'avez-vous pas faite ?

Mme Marie-Françoise Clergeau. Je m'interroge également sur la réalité des hausses des prestations de garde sachant que vous envisagez, semble-t-il, une revalorisation du salaire des assistantes maternelles. La hausse ne servirait-elle qu'à couvrir l'augmentation, par ailleurs légitime, de ces salaires ?

S'agissant de l'accueil collectif, contrairement à ce que nous avons fait en 2000 et 2001, vous ne débloquez pas les moyens nécessaires pour développer une offre d'équipements, d'accueils collectifs qu'il s'agisse de crèches ou de haltes-garderies. Pourtant, les besoins sont énormes et les familles espéraient des mesures concrètes.

Vous annoncez un plan crèche de 200 millions d'euros qui permettra de créer 20 000 places supplémentaires sur quatre ans. Espérons que les crédits prévus ne subissent pas de gel hivernal habituel à votre gouvernement, ou ne tombent sous le coup d'une annulation pure et simple, toujours possible !

A supposer qu'il aille, comme je le souhaite, à son terme, ce plan n'en reste pas moins nettement insuffisant puisqu'il correspond à cinquante places par an et par département. C'est très en dessous des besoins. Le Gouvernement favorise la garde personnelle avec l'intention inavouée de pallier par ce biais le manque de places disponibles en crèches.

Enfin, plutôt que d'allonger le congé maternité qui aurait bénéficié à toutes les femmes – comme le recommandaient du reste le Parlement européen et le Haut Conseil à la population –, vous avez choisi le complément de libre choix d'activité dès le premier enfant.

Un choix pour qui ? Nous savons pourtant que l'allocation parentale d'éducation dès le deuxième enfant, créée en 1994, a marqué une nette rupture dans l'évolution du taux d'activité des mères de deux enfants et conduit 40 % des femmes entrant dans le dispositif à quitter le marché du travail. Vous-même l'avez reconnu cet après-midi, monsieur le ministre ! En effet, au terme des trois ans de versement, la reprise d'une activité est loin d'être assurée, surtout en période de chômage élevé dans un contexte économique défavorable. Et si les femmes qualifiées peuvent plus facilement concilier vie familiale et vie professionnelle, les femmes peu qualifiées n'ont, là encore,

pas réellement le choix. De fait, le retour au foyer est souvent pour ces dernières la seule possibilité. Mais ce n'est pas un véritable choix, monsieur le ministre, et c'est ce que vous encouragez ! Nous ne pouvons souscrire à une telle proposition. La maternité ne doit pas constituer un handicap vis-à-vis du monde du travail. Il s'agit d'aider les jeunes parents à concilier vie de famille et vie professionnelle et non d'inciter les mères à choisir entre vie de famille et vie professionnelle.

La politique familiale, pour nous, doit mettre en œuvre trois principes : l'universalité pour soutenir l'ensemble des familles,...

M. le ministre délégué à la famille. Cela ne s'est pas vu pendant cinq ans !

Mme Marie-Françoise Clergeau. ... la solidarité pour venir en aide aux plus modestes et la parité, car le partage équitable des responsabilités implique davantage d'égalité entre les femmes et les hommes. C'est dans cet esprit que nous vous proposerons de ne pas placer sous conditions de ressources l'allocation de base pour la période précédant la naissance afin de permettre aux parents de faire face aux frais spécifiques liés à la naissance.

M. le ministre délégué à la famille. Oh, oh !

Mme Marie-Françoise Clergeau. Vous pourriez au moins faire preuve de respect et ne pas rire aux éclats lorsque j'interviens, monsieur le ministre !

M. le ministre délégué à la famille. Ce sont vos propos, madame ! Il vaut mieux en sourire !

Mme Marie-Françoise Clergeau. De même, nous souhaitons moduler le montant de l'allocation de rentrée scolaire pour les jeunes lycéens afin d'aider les familles à faire face à des coûts de scolarité plus élevés. Car il convient de prendre des mesures concrètes répondant aux vrais besoins de la majorité des familles.

Pour finir, permettez-moi, monsieur le ministre, d'intervenir également sur la situation des veuves et des veufs. Déjà pénalisés – une fois de plus – dans la loi de finances 2004 par l'abaissement du plafond de leur demi-part fiscale, ils s'inquiètent également de l'évolution de la pension de réversion. Pouvez-vous dire quand seront pris les décrets d'application sur la réforme de l'allocation veuvage et de la pension de réversion ? Les associations s'en sont émues, et notamment la FAVEC. Pas plus convaincue que nous par votre réforme des retraites, la FAVEC écrit dans le dernier numéro de son journal : « Le projet de loi sur les retraites est voté. Les décrets d'application devraient sortir à l'automne... Une réforme de l'allocation veuvage et de l'allocation de réversion est également prévue, par mesure de simplification et d'amélioration, dit-on. En fait, elles sont purement et simplement supprimées et remplacées par une allocation – de type aide sociale –, attribuée sans condition d'âge, mais sous conditions de ressources et révisables annuellement... » Et d'ajouter qu'elle n'a ni été consultée, ni informée préalablement. Voilà qui en dit long de la concertation que vous dites avoir menée lors du débat sur les retraites ! Tout aussi inquiète, l'association départementale des veufs et des veuves de Loire-Atlantique – mais ce doit être le cas dans bon nombre d'autres départements – dénonce elle aussi des mesures qui vont durement pénaliser les conjoints survivants.

Bien des questions restent ainsi en suspens, alors que la loi a été votée avant les vacances : quel sera le montant de l'allocation différentielle – destinée à remplacer

l'annonce veuvage – en cas de veuvage précoce ? Quelles ressources personnelles seront prises en compte pour le versement de l'allocation différentielle ?

Je suis d'ailleurs à ce propos surprise d'être la seule parlementaire à intervenir dans ce débat sur la question des veufs et les veuves ; d'ordinaire, bon nombre de parlementaires de la majorité ne manquent pas de s'exprimer sur ce sujet-là...

M. Bernard Accoyer. Parce que c'est une mesure favorable aux plus défavorisés, une mesure particulièrement sociale !

Mme Marie-Françoise Clergeau. Cessez de m'interrompre, s'il vous plaît !

M. le président. Madame Clergeau, il faut conclure.

Mme Marie-Françoise Clergeau. Je conclus, monsieur le président.

Rappelons que de nombreuses veuves ne touchent que de petits revenus. La diminution de 3 % de l'impôt n'aura guère d'incidence pour elles. En revanche, l'abaissement du plafond de l'abattement pour enfants les pénalisera directement en 2004. Des personnes qui n'étaient pas imposables risquent de le devenir et par le fait qu'elles auraient perdu le bénéfice d'exonérations liées à la non-imposition. Une fois de plus, vos mesures frapperont des personnes déjà fragilisées qui, pour la majorité, sont loin d'être des nantis.

Pouvez-vous, messieurs les ministres, apporter des éléments concrets sur ces différents points et nous indiquer comment vous pensez garantir aux conjoints survivants le maintien de leur pouvoir d'achat ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Rolland.

M. Jean-Marie Rolland. Monsieur le président, messieurs les ministres, mes chers collègues, à l'heure où nous sommes engagés dans le processus de modernisation de l'assurance maladie, à l'heure où nous construisons un projet de santé susceptible d'inspirer le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, je souhaiterais aborder le sujet de la maîtrise médicalisée.

Vous avez dit, monsieur le ministre, que le processus de modernisation de l'assurance maladie devra garantir les valeurs fondatrices de la sécurité sociale : justice et solidarité, et permettre que chaque euro dépensé le soit justement.

M. Bernard Accoyer. Très bien !

M. Jean-Marie Rolland. Tels sont bien les objectifs fondamentaux que nous souhaitons tous atteindre.

Pour y parvenir, le Gouvernement a fait le choix de la maîtrise médicalisée des dépenses de santé. On me permettra de rappeler ce que disait à cet égard Alain Coulomb, directeur de l'Agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé et président du groupe de travail sur la médicalisation de l'ONDAM : « Cette maîtrise, même médicalisée, ne saurait être qu'une résultante d'un processus destiné à la promotion de la qualité de soins et non une finalité en soi. »

C'est précisément ce que désire le Gouvernement : faire des professionnels de santé des acteurs de la réforme, car cette réforme ne peut pas se faire sans eux ni contre eux, mais bien avec eux. En contrepartie, il reviendra ensuite à chacun de prendre pleinement conscience de sa responsabilité individuelle et des implications de celle-ci au plan collectif.

La maîtrise des dépenses est une nécessité, nous en convenons tous, mais la vraie question est de savoir comment y parvenir. La maîtrise médicalisée est la seule voie possible et souhaitable, personne ne semble le contester. Encore faut-il rappeler brièvement pourquoi.

La nécessité de la maîtrise des dépenses de santé repose sur un constat simple et un principe clair.

Le constat, c'est la prise de conscience que les politiques publiques, depuis la fin des Trente Glorieuses, sont largement déterminées par les contraintes financières liées à leur coût. La politique de santé publique n'échappe pas à cette règle, en dépit d'une éthique idéale qui voudrait que chaque médecin prescrive ce qu'il juge être le mieux pour son patient, sans se préoccuper des conséquences financières de son ordonnance. Or c'est précisément parce que le financement est collectif et que les ressources disponibles sont limitées qu'il a lieu de maîtriser les dépenses de santé.

Au fil des années, plusieurs plans se sont succédé pour tenter d'y parvenir et d'équilibrer les comptes de l'assurance maladie – ainsi le contrôle des capacités d'offre et le contrôle des prix des services et des biens médicaux, par exemple. Mais aujourd'hui, il convient de prendre à nouveau un peu de recul et d'analyser objectivement la réalité. Soyons très clairs : maîtriser les dépenses de santé ne signifie pas les rationner et encore moins les réduire. Le contrôle, mieux, l'autocontrôle, oui ; la limitation ou la baisse, non, personne n'y croit et personne n'en veut.

Mais si, dans cette perspective, la maîtrise des dépenses de santé est acceptée par tous, la vraie question reste celle de ses modalités. Quels sont d'abord les choix qui s'offrent à nous au vu des réalités du moment ? Quel est ensuite le meilleur choix parmi ceux possibles ? Voilà bien les deux questions auxquelles le Gouvernement s'est efforcé de répondre dans le texte qu'il nous soumet aujourd'hui.

Le vrai problème est celui des modalités. Deux options sont concevables : tout d'abord la voie de la maîtrise comptable des dépenses de santé. Même si cet objectif me semble quelque peu connoté négativement, en quoi consiste-t-il ? Schématiquement, il s'agissait de déterminer *a priori* une enveloppe limitative de dépenses : cette voie a déjà été expérimentée il y a quelques années, sans donner les résultats escomptés.

Il n'est évidemment pas question de blâmer aujourd'hui ceux qui, hier, en ont pris courageusement l'initiative : le contexte difficile imposerait déjà de faire un choix et cette expérimentation méritait, parmi d'autres, d'être envisagée.

Aujourd'hui, la situation est différente et le Gouvernement nous propose d'approfondir la voie de la maîtrise médicalisée, la seule possible, la seule souhaitable, autrement dit de rechercher l'efficience dans la pratique médicale en misant sur la rationalisation des comportements plutôt que sur le rationnement des soins. Elle nécessite évidemment la collaboration des personnels de santé, mais aussi la responsabilisation des patients. Elle s'appuie sur un effort de pédagogie des uns en direction des autres pour améliorer la situation de tous.

Elle ne doit évidemment pas être trop stricte et un équilibre doit être ainsi constamment recherché entre trois nécessités : la maîtrise des dépenses, le maintien des performances sanitaires globales et de l'accès aux soins, ainsi que la qualité et la sécurité de ceux-ci.

L'enjeu consiste donc à arrêter la forte augmentation des dépenses de santé dans une conjoncture devenue plus difficile, tout en rétablissant le dialogue et la confiance avec les professionnels de santé et en responsabilisant tous les acteurs du système.

M. Bernard Accoyer. Très bien !

M. Jean-Marie Rolland. Comment y parviendrons-nous ? La maîtrise médicalisée vise à proscrire les comportements abusifs, tout en améliorant la qualité des soins. Elle prend essentiellement la forme de bonnes pratiques diffusées auprès des professionnels de santé.

Les premières tentatives conventionnelles, telles que les tableaux statistiques d'activité des praticiens – TSAP – qui avaient été conçus pour repérer les comportements individuels discutables n'ont guère eu d'effet sur l'évolution d'ensemble des comportements.

La mise en place, en 1993, de références médicales opposables a été prolongée dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2000 par les accords de bons usages de soins, ACBUS. Fixés par les partenaires conventionnels, ils prévoient un objectif médicalisé d'évolution des pratiques. Ces accords peuvent désormais être conclus au niveau national avec la CNAM ou régional avec les URCAM.

Individuellement, les praticiens peuvent également adhérer à un contrat de bonnes pratiques, engagement individuel entre le professionnel adhérent et l'assurance maladie.

La loi du 6 mars 2002 a introduit les contrats de santé publique. Les réseaux et les filières de soins ont été progressivement mis en place.

Mais toutes ces mesures, nous le savons, ont été insuffisantes et, sauf en 1997, l'ONDAM a été dépassé chaque année. Rappelons qu'un seul ACBUS avait été signé avant 2002, mais aucun contrat de bonne pratique. Tous ces dispositifs n'avaient connu aucun développement faute de relais chez les professionnels de santé. Signalons aussi que les fonds d'aide à la qualité des soins, ainsi que les forfaits génériques vont également dans le bon sens.

Il est prévu que ces accords et contrats reçoivent l'avis favorable de l'ANAES. Leur mise en œuvre est retardée, semble-t-il, par un dispositif lourd d'approbation ministérielle, lequel serait abandonné au profit d'une application directe après approbation de la CNAM. Un tel aménagement, couplé avec une possibilité nouvelle de modulation des contreparties financières des engagements, permettra de redynamiser ces dispositifs, de les généraliser et de leur donner une plus grande légitimité médicale.

L'article 36, toujours dans l'optique d'améliorer la gouvernance du système, prévoit d'ouvrir la possibilité de conventions entre les URCAM et les groupements organisés de professionnels de santé conventionnés, exerçant à titre libéral dans une aire géographique définie aux fins d'évaluations et d'amélioration des pratiques.

L'article 30 permet, quant à lui, l'expérimentation pendant trois ans de modalités dérogatoires de rémunération des praticiens hospitaliers et des médecins libéraux participant à un groupement de coopération sanitaire.

Pour conclure, je soulignerai que les pistes de réforme ne manquent pas. Mais l'important est de renouer la relation entre les médecins et la société française pour retrouver un accord politique. C'est un défi que le Gouvernement, messieurs les ministres, a su relever et qui permettra à notre système d'assurance maladie d'aborder le troisième millénaire sur des bases assainies et stabilisées.

Cette réforme concerne l'avenir de chacun d'entre nous et celui de ceux qui viendront après nous. L'enjeu est donc de taille et l'effort d'autant plus nécessaire. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Paul Bacquet.

M. Jean-Paul Bacquet. Monsieur le ministre, pourquoi ne pas vous avouer que, lorsque j'étais étudiant, puis interne en pédiatrie, je lisais avec plaisir et intérêt vos publications et vos travaux ?

M. Paul-Henri Cugnenc. Très bien !

M. Gérard Bapt. C'était il y a longtemps !

M. Jean-Paul Bacquet. Pourquoi ne pas vous dire que, lorsque vous étiez député de l'opposition, j'écoutais avec attention vos critiques acerbes sur la gestion de la protection sociale par le précédent gouvernement ? C'était là votre rôle d'opposant, même si vous le jouiez avec une sévérité particulière.

M. Bernard Accoyer. Mais non !

M. Jean-Paul Bacquet. Alors, monsieur le ministre, comment ne pas faire preuve de la même attention pour analyser le bilan de vos dix-huit mois...

M. Lionnel Luca. Quinze mois !

M. Jean-Paul Bacquet. ... dans un ministère que vous aviez si longtemps convoité ? Comment ne pas analyser les perspectives que vous nous proposez ?

Ce qui d'abord apparaît dans les résultats de celui qui, dans l'opposition, donnait des leçons, c'est le déficit, qu'il qualifie lui-même d'abyssal, des comptes sociaux. Non seulement c'est le plus grave que la France ait connu depuis la création de la sécurité sociale, mais il nous vaut en outre quelques sévères mises en garde de Bruxelles.

M. Gérard Bapt. Hélas !

M. Jean-Paul Bacquet. Comment ne pas être effrayé par cet inquiétant bilan de votre action, je devrais dire de votre inaction ?

Oui, monsieur le ministre malgré vos économies de poche, le déficit cumulé atteindra près de 30 milliards d'euros à la fin 2004, *grosso modo* trois fois le déficit qu'avait à traiter le plan Juppé. C'est un déficit qui s'alourdit de 1,2 milliard d'euros par mois. Ce sont des dépenses qui évoluent de 5 à 7 % par an.

A l'époque, le Premier ministre Alain Juppé avait, lui, eu le courage, face à une situation beaucoup moins critique, de prendre des décisions que nous avons certes considérées pour la plupart comme inadaptées, mais lui, je le répète, avait eu le courage de réagir. (*Rires et exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Vous, il y a un an, vous proposiez un ONDAM de 5,3 %, « généreux », précisez-vous, parce que « réaliste » et « pour qu'il soit respecté ».

M. Bernard Accoyer. Quelle agressivité !

M. Jean-Paul Bacquet. Monsieur Accoyer, n'aboyez pas, gardez quelques forces pour M. Bayrou !

Non seulement l'ONDAM n'a pas été respecté, mais la pseudo-maîtrise médicalisée que vous souhaitiez s'est rapidement dégonflée. La forte baisse du nombre des visites à domicile s'estompée et atteint un plancher. Quant à l'utilisation des génériques mise en place par vos prédécesseurs

et renforcée par vous-même, le pourcentage de leur prescription ne cesse de baisser et ne représente que 5,8 % de l'ensemble des dépenses de pharmacie présentées au remboursement.

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas vrai !

M. Jean-Paul Bacquet. Monsieur le ministre, votre budget n'est même plus un budget de transition, il est un budget de démission ! (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Je ne parle pas, bien sûr, de votre démission d'un poste que vous attendiez depuis si longtemps, et je ne suis pas de ceux qui l'ont demandée après l'effroyable hécatombe de la canicule de cet été.

M. Lionnel Luca. Propos lamentables !

M. Bernard Accoyer. C'est petit !

M. Jean-Paul Bacquet. Cela ne m'empêche cependant pas de penser qu'il y a des jours où il faut se souvenir de ce qu'on a déclaré.

M. Lionnel Luca. Cela vous va bien !

M. Jean-Paul Bacquet. Dans l'affaire du sang contaminé, vous avez dit : « Quand un bateau s'échoue, peu importe les circonstances. Le capitaine est tenu pour responsable. Il est débarqué. C'est une question de principe et d'honneur. »

M. Maxime Gremetz. Mais alors, ce n'était pas lui le capitaine !

M. Jean-Paul Bacquet. Ce sont vos propres mots !

Dans le PLFSS 2000, vous manifestiez votre « étonnement de trouver dans un budget pour la sécurité sociale, un financement assis sur la consommation de tabac et d'alcool ». Ce sont encore vos mots. Or, aujourd'hui, sans vergogne, vous augmentez le tabac de la façon la plus massive. Le médecin que je suis ne défendra certes pas le tabagisme et ses méfaits. Mais permettez-moi de m'interroger, comme le fait le professeur Gilbert Lagrue, dans le *Quotidien du médecin* du 6 octobre. Il considère votre calcul comme « naïf, comme un impôt injuste » et même s'il pense que la consommation baissera réellement, il pense que cela ne sera pas suivi d'une diminution significative du risque global en matière de santé publique. Car, selon lui, « à mesure que la pression sociale contre le tabagisme est de plus en plus marquée, le pourcentage des fumeurs très dépendants à forte consommation augmente ».

M. Bernard Accoyer. Mais non !

M. Jean-Paul Bacquet. C'est Gilbert Lagrue qui parle, monsieur Accoyer, un de nos plus éminents confrères, plus que vous et moi !

M. Lionnel Luca. La démonstration est fumeuse ! (*Sourires.*)

M. Jean-Paul Bacquet. Monsieur le ministre, je ne suis pas sûr qu'il s'agisse là d'une véritable mesure de prévention, comme je doute que cette taxe apporte les recettes escomptées.

M. Paul-Henri Cugnenc. C'est un scoop !

M. Jean-Paul Bacquet. Vous déclariez à propos de l'ACBUS le 15 janvier dernier : « Je crois vraiment qu'une ère nouvelle s'engage et que nous allons enfin pouvoir dans la paix retrouvée reconstruire notre système de santé ambulatoire. »

M. Bernard Accoyer. Très bien !

M. Jean-Paul Bacquet. Nous aurions pu attendre de vous autre chose que des baisses de remboursement de médicaments, l'alignement du remboursement sur les prix du générique ou d'un médicament équivalent, mesures d'autant plus injustes et irrationnelles qu'il suffisait de faire appliquer le droit de substitution instauré par vos prédécesseurs.

Vous ne cessez de répéter que la démographie médicale est « une de vos préoccupations majeures ». Nous ne trouvons pourtant rien de concret dans votre projet de loi. Certes, vous allez augmenter le *numerus clausus*, ne faisant en cela que reconduire ce qu'a engagé le gouvernement précédent.

Oui, monsieur le ministre, quelle déception devant tant d'effets d'annonce et si peu de mesures concrètes ! (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. Monsieur Bacquet, veuillez conclure.

M. Jean-Paul Bacquet. J'aurais terminé si j'avais été moins interrompu, monsieur le président !

M. Maxime Gremetz. C'est vrai ! Il y a deux poids deux mesures !

M. Jean-Paul Bacquet. Comment pourrait-on vous croire, monsieur le ministre, lorsque vous ne cessez de répéter qu'avec vous il n'y aura ni étatisation, ni privatisation ? Vous êtes déjà le ministre de la non-décision, de la transition devenue démission, et cela ne peut qu'accroître nos craintes de voir, insidieusement mais inéluctablement, dériver de la manière la plus lâche et la plus sournoise un système de protection sociale basé sur la solidarité vers une protection sociale *a minima* dont la solidarité sera le maillon faible.

Rappelez-vous, monsieur le ministre, ce que vous déclariez lors de la discussion du PLFSS 1999 : « Puisque tout le reste a déjà été essayé, pourquoi ne pas introduire, comme d'autres pays l'ont fait, sans s'aligner sur le système américain que je refuse absolument, de la concurrence dans la gestion de l'assurance maladie ? » Vous lanciez également, le 24 octobre 2001 : « Nous voulons bâtir un nouveau modèle de la protection sociale, distinct du tout-marché que prônent certains et du modèle social-démocrate sur lequel vous vous appuyez. »

Rappelez-vous, monsieur le ministre, il y a quelques mois, un de vos prédécesseurs à ce poste, M. Jacques Barrot, aujourd'hui président du groupe UMP, proposait que les assurances complémentaires prennent en charge le petit risque.

Rappelez-vous, monsieur le ministre, il y a quelques années, des députés de votre groupe, dont un ministre du gouvernement actuel, proposait la privatisation de la sécurité sociale !

Alors, comment voulez-vous que l'on puisse accorder une quelconque crédibilité à vos déclarations ? Votre budget, comme vous l'avez dit, est fait de « colmatages ». Dès lors, quand accepterez-vous de dire la vérité aux Français, à savoir que le pire est à venir ? (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Paul-Henri Cugnenc.

M. Paul-Henri Cugnenc. Monsieur le président, messieurs les ministres, mes chers collègues, 2003 aura permis à cette majorité de sauver notre système de retraite, et 2004 permettra, nous n'en doutons pas, d'assurer l'avenir de notre assurance maladie. Et pourtant, le constat est

accablant. Nous devons admettre, avec notre démarche et notre souci de thérapeutes, que les remèdes prescrits au cours des périodes antérieures dans cette enceinte n'ont pas tous produit les résultats espérés. (*« Eh oui ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Néanmoins, ne nous égarons pas sur l'identité des prescripteurs. Mme Guigou, à cette tribune (*« Elle est partie ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire*), nous a précisé dans sa conclusion : « Les Français souhaitent un langage de vérité. » Certes !

M. Bernard Accoyer. C'est ce qu'elle disait à Avignon lorsqu'elle était candidate !

M. Paul-Henri Cugnenc. Dynamisé par son encouragement, je me permets de lui apporter, courtoisement, quelques correctifs nécessaires.

Après avoir fustigé le forfait hospitalier dans sa conception même, après l'avoir décrit comme la pire des mesures injustes, après avoir insisté sur son insupportable augmentation, Mme Guigou s'est permis d'en attribuer la paternité à Alain Juppé. (*Exclamations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Pierre-Louis Fagniez. Quelle erreur !

M. Paul-Henri Cugnenc. Je lui rappelle que le forfait hospitalier a été créé, en 1983, par un gouvernement dans lequel Alain Juppé ne figurait pas,...

M. Bernard Accoyer. Et pour cause !

M. Paul-Henri Cugnenc. ... un gouvernement socialiste.

Et en ce qui concerne les insupportables augmentations, je me permets de rappeler également que la plus forte augmentation du forfait hospitalier a été proposée en 1989, par M. Claude Evin, ministre d'un gouvernement socialiste également. (*« Eh oui ! » sur plusieurs bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Ces correctifs étant effectués, nous pouvons suivre Mme Guigou dans son souci de dire la vérité.

La vérité, c'est que la situation financière n'est pas très bonne, et c'est un euphémisme. Nous regrettons la totale absence d'anticipation au cours de la législature précédente, qui aujourd'hui aggrave la situation. Face à l'enjeu, le gouvernement actuel a pris une série d'initiatives, contenues notamment dans le plan Hôpital 2007, qui visent à sauver notre protection sociale et à en assurer la pérennité.

Oui, la situation problématique de l'assurance maladie est due en grande partie à l'absence d'anticipation du précédent gouvernement.

M. Jean-Pierre Blazy. Ben voyons !

M. Paul-Henri Cugnenc. Certes, l'évolution des modes de vie, les progrès de la recherche, l'importance grandissante de la santé dans le budget des ménages, l'augmentation importante de l'espérance de vie ont contribué à poser dans des termes nouveaux la problématique de l'assurance maladie dans notre pays. Mais les régimes de protection sociale, qui étaient pourtant soumis à des évolutions majeures prévisibles, n'ont jamais été adaptés.

L'assurance maladie accroît de manière significative, près de 5 milliards d'euros, son déficit chaque année. Cette situation ne peut perdurer. Le déficit, prévu en 2003, est supérieur à 10 milliards d'euros. Celui de 2004, si rien n'était fait, serait supérieur à 14 milliards d'euros. Ce rythme insoutenable fragilise un système auquel nous sommes tous très attachés.

La branche maladie est au cœur des difficultés actuelles. La croissance des dépenses s'accélère depuis trois ans, le dérapage de tous les postes relègue l'objectif national des dépenses d'assurance maladie au rang d'un vœu pieux.

Le rapport de la Cour des comptes précisait, en 2003, que « l'exercice 2002 s'était en réalité déroulé hors de tout système de régulation et même hors de tout cadre de référence » et que « l'objectif n'avait pas été fixé de manière réaliste ». La hausse des dépenses en 2002 ayant été de 7,2 %, alors qu'au même moment les recettes fléchissaient. A cette époque, certaines mesures comme la mise en place de l'aménagement et de la réduction du temps de travail ont contribué à rendre la situation réellement complexe dans tous les secteurs et totalement inextricable dans les établissements hospitaliers.

M. Bernard Accoyer. C'est grave !

M. Paul-Henri Cugnenc. Ce que beaucoup d'observateur ont qualifié de « gestion calamiteuse des finances sociales » par le gouvernement précédent est malheureusement une sévère mais triste réalité. Alors que notre pays était en pleine expansion, de 1998 à 2001, aucune politique d'anticipation et d'adaptation significative n'a été entreprise.

La sauvegarde de l'assurance maladie et l'égalité d'accès aux soins nécessitaient de prendre des mesures. On connaissait déjà l'impact des progrès de la recherche, l'évolution des courbes démographiques et les pressions futures sur l'assurance maladie. Il aurait fallu réagir dès cette époque, afin de limiter les déficits d'aujourd'hui.

Actuellement, la faible croissance économique,...

M. Jean-Pierre Blazy. C'est surtout cela le problème !

M. Paul-Henri Cugnenc. ... l'augmentation incompréhensible de certaines dépenses de santé, associée au ralentissement de la progression des recettes, obligent à prendre rapidement des mesures nouvelles. C'est ce que vous avez amorcé, monsieur le ministre, avec votre politique.

L'amorce de cette politique nouvelle est destinée à sauvegarder notre protection sociale, en stabilisant puis en diminuant le déficit de l'assurance maladie, sans pour autant recourir à de nouveaux prélèvements.

Le plan Hôpital 2007, très attendu par les personnels de santé, prévoit de dégager plus de 6 milliards d'euros supplémentaires sur cinq ans pour l'investissement à l'hôpital. Il correspond, dès cette année, à une augmentation très sensible. D'ores et déjà, cet objectif a dynamisé nos équipes et notre système, puisque l'ensemble des ARH a présenté une liste de 937 opérations correspondant à plus de 10 milliards d'euros.

Ce gouvernement a fait le choix, à juste titre, de ne pas financer les déficits de l'assurance maladie par une hausse de la CSG ou de la CRDS. Il a choisi de promouvoir de nouvelles initiatives au sein des établissements hospitaliers, destinées à assurer davantage de cohérence et d'efficacité à notre système de santé.

Pour cela, il entend notamment desserrer les contraintes administratives, mettre en œuvre une gestion plus efficace, remédier à la regrettable étanchéité entre les systèmes de santé.

La tarification à l'activité est également une initiative forte de ce gouvernement, qui prévoit des mécanismes de financement prenant davantage en compte l'activité médicale et le service rendu.

Il est également nécessaire de rapprocher les différentes logiques du monde de la santé, à travers des éléments de comparaison et des contrats d'objectifs et de moyens

convergençs. Cette tarification, essentielle à la modernisation de l'offre de santé, contribue à rendre équitable et transparent le mode de financement entre les secteurs d'hospitalisation public et privé. Le système actuel de dotation globale de financement ne correspond en effet qu'imparfaitement aux nécessités de fonctionnement des structures de soins.

Enfin, la volonté affirmée de responsabiliser les différents acteurs et usagers des soins demeure, à l'évidence, d'une absolue nécessité. Dans cet esprit, les contrats de bonne pratique, la politique du médicament, la maîtrise médicalisée s'inscrivent dans une perspective claire : mobiliser les différents acteurs autour d'un même objectif, assurer la sauvegarde de notre système de santé dans le cadre d'une meilleure efficacité au service des usagers.

Face au dérapage des comptes de l'assurance maladie, vous avez su réagir, monsieur le ministre. D'autres, avant vous, n'avaient pas su le faire.

L'effort sera long, mais notre mobilisation à vos côtés vous est acquise, car nous avons la conviction que vos propositions sauveront ce système auquel nous restons tous très attachés. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. La parole est à Mme Hélène Mignon.

Mme Hélène Mignon. Monsieur le ministre de la santé, le Gouvernement l'a annoncé : la grande réforme de l'assurance maladie est pour l'été 2004 et fera suite à une phase de concertation et de confrontation. Dès lors, pourquoi s'attaquer dès à présent au démantèlement de la loi de couverture maladie universelle, non seulement sans concertation, mais même en contradiction avec les demandes réitérées des associations qui s'occupent de cette population accumulant souvent plusieurs handicaps ?

Accomplissant pour l'Etat une mission de service public, la sécurité sociale offre à 83 % des bénéficiaires de la CMU une protection complémentaire gratuite. Chaque soin effectué était jusqu'à présent remboursé à la sécurité sociale par le fonds CMU. Aujourd'hui, l'Etat compte économiser 117 millions d'euros en alignant le traitement des organismes de sécurité sociale sur celui des organismes de protection sociale complémentaire par la mise en place d'un forfait unifié de prise en charge des dépenses de couverture maladie universelle complémentaire. Monsieur le ministre, permettez-moi de penser que l'alignement aurait dû être pensé dans l'autre sens. Les mutuelles auraient pu prétendre à une meilleure remise à niveau du forfait qui leur est alloué. A la suite de cette mesure, on peut craindre que la gestion de la CMU par la sécurité sociale ne s'inscrive dans une logique assurantielle, au détriment du principe de solidarité qui prévalait jusqu'alors.

Vous affirmez vouloir « remettre de l'ordre » dans la sécurité sociale et éviter la dégradation des comptes. Pourtant, vous le savez bien, ce recul inopportun de l'Etat dans le dispositif CMU conduira à aggraver sa situation de déficit. Il est admis que les mutuelles et assureurs puissent se désengager du dispositif tous les ans. Ainsi, en 2003, quelque 50 000 bénéficiaires de la CMU se sont vus renvoyés sur les caisses de sécurité sociale, car ces organismes les jugeaient trop onéreux. La majoration du forfait hospitalier que vous prévoyez aura pour conséquence d'augmenter encore le nombre de refus de prise en charge qu'ils décideront, et fera progresser d'autant les dépenses de sécurité sociale liées à ces prises en charge.

Monsieur le ministre, le dispositif de la CMU dont dépend l'accès aux soins de 5 millions de personnes en situation de grande précarité est et doit demeurer une prestation de solidarité, et non une prestation assurantielle qui sélectionne les bons et les mauvais risques.

Cette attitude des assurances privées préfigure-t-elle les décisions qu'elles prendront lorsque sera mise en place la réforme de la sécurité sociale que vous nous préparez ? Devons-nous alors nous attendre, à terme, à un plafonnement des soins visant le public de la CMU ? Cela, je vous l'accorde, serait cohérent avec l'ensemble de votre politique de « responsabilisation », les usagers de la CMU ne pouvant être, pour certains d'entre vous, que des fraudeurs et des profiteurs, tout comme la plupart de ceux qui ont accès à l'AME.

M. Bernard Accoyer. Oh là là !

Mme Hélène Mignon. Une fois de plus, votre gouvernement s'en prend à l'aide médicale de l'Etat en la vidant de sa substance. Le principe de la gratuité des soins pour les plus pauvres, qui a plus de cent ans, est sacrifié : l'AME devient payante puisqu'on demande désormais à ses usagers de s'acquitter d'un ticket modérateur. Le contenu de l'aide médicale est réduit, sans préavis, aux soins médicaux « essentiels », alors que nous savons pertinemment que le soin médical est un geste continu, qui ne se limite pas à la prise en charge de l'urgence, ce qui serait ridicule en matière de santé publique.

L'accès à l'AME est une nouvelle fois restreint, car vous avez décidé, monsieur le ministre, de supprimer le régime déclaratif qui permet pourtant d'accéder aux soins quand bien même on ne peut produire certains justificatifs. Ne cédonç pas aux amalgames scandaleux et ne pensons pas que nous n'écarterons ainsi que des étrangers sans papiers. Le régime déclaratif est une disposition d'ordre général, intéressant aussi bien les personnes à la rue que les jeunes en rupture familiale ayant besoin d'accéder à la CMU. C'est finalement une décision onéreuse qui conduira à prendre en compte des pathologies aggravées. C'est une décision aberrante en matière de santé publique.

Ces remises en cause sont graves et il ne vous a pas paru nécessaire de modifier la loi pour les mettre en œuvre. Vous avez donc fait l'économie d'un débat parlementaire. Je vous rappelle que le dispositif de l'AME concerne les personnes en situation de très grande pauvreté résidant en France et qu'il est indigne de la part d'un gouvernement, sous prétexte de réduction du déficit, de s'en prendre à ce public particulièrement fragile.

M. Bernard Accoyer. Soyez raisonnable ! Les dépenses ont été multipliées par sept !

Mme Hélène Mignon. Nous ferons les comptes une autre fois, et je vous démontrerai que votre affirmation est fautive.

Les conséquences de ce sabotage seront désastreuses, tant au plan humain qu'au plan sanitaire, puisqu'elles contribueront à éloigner davantage des dispositifs de santé publique et de prévention une catégorie de la population qui en a particulièrement besoin, et qu'elles aboutiront à une réouverture massive de structures médicales humanitaires pour accueillir des personnes qui sont pourtant aujourd'hui intégrées dans le système de soins.

Je vous demande donc, monsieur le ministre, de mettre fin à ce scandale et de tout faire pour que chacun, sur notre sol, puisse accéder aux soins, sans conditions ni restrictions. Vos décisions seraient humainement inacceptables si elles étaient maintenues. Elles posent le problème

de la prévention et du soin, c'est-à-dire de la santé publique, à laquelle, pourtant, vous vous dites très attaché. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

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

Mme Martine Aurillac. Monsieur le président, messieurs les ministres, mes chers collègues, le projet de loi de financement de la sécurité sociale qui nous concerne tous est l'un des grands chantiers, après celui des retraites, auquel s'attaque courageusement le Gouvernement. Si les profondes réformes de structures doivent être entreprises en juillet prochain, nombre de nos collègues ont déjà souligné combien, dès aujourd'hui, l'exercice est difficile en simples termes de clarification et de stabilisation : cela est dû autant à l'immobilisme du précédent gouvernement qu'aux besoins toujours croissants en matière de santé à un moment où, de surcroît, notre population vieillit inéluctablement.

Mais s'il est du moins un volet sur lequel, je le pense, nous devrions pouvoir tous nous retrouver ce soir, c'est indiscutablement celui de la famille.

M. Bernard Accoyer. Très bien !

Mme Martine Aurillac. Dès votre nomination, en mai 2002, monsieur le ministre, rompant avec la politique du gouvernement précédent qui n'avait cessé de pénaliser les familles moyennes, vous vous êtes attaché à mettre en œuvre les engagements du Président de la République, à redonner vie à une politique familiale dignes de ce nom.

M. Bernard Accoyer. Bravo ! On ne la dira jamais assez !

Mme Martine Aurillac. Pour restaurer la confiance, vous avez engagé un dialogue avec les associations pour rendre à la famille la place qui doit lui revenir. Pendant près d'un an, avec elles, vous avez préparé votre première conférence de la famille, tenue en avril dernier, et qui a débouché sur l'annonce d'un grand nombre de mesures. Elles se concrétisent dans le projet de loi présenté aujourd'hui et constituent un effort assez exceptionnel dans le contexte budgétaire actuel.

M. Bernard Accoyer. C'est vrai !

Mme Martine Aurillac. Car ce que vous annoncez, monsieur le ministre, contrairement à vos prédécesseurs, vous le financez. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Bernard Accoyer. Très bien !

Mme Martine Aurillac. Quelques chiffres significatifs : l'ensemble des mesures de la dernière conférence de la famille représentent un surplus financier d'un milliard d'euros par an à l'horizon 2007, dont 200 millions d'euros dès 2004.

Mme Catherine Génisson. C'est vraiment n'importe quoi !

Mme Martine Carrillon-Couvreur. Et comment finance-t-on cela ?

Mme Martine Aurillac. Sur ces 200 millions, 50 sont consacrés dès l'année prochaine au plan crèches qui permettra de créer 20 000 places nouvelles en quatre ans. Mais les chiffres restent souvent abstraits et les résultats sont plus parlants.

Vous avez déjà mis en place plusieurs mesures pour favoriser l'adoption,...

M. Bernard Accoyer. Quelle activité, c'est formidable !

Mme Martine Aurillac. ... faciliter la transmission entre les grands-parents et les petits-enfants, mieux lutter contre la violence et la pornographie à la télévision, améliorer l'aide aux familles nombreuses, favoriser les emplois familiaux, commencer à réformer même le droit de la famille.

Aujourd'hui vont être financées des mesures très attendues qui répondent à trois objectifs : simplifier les prestations familiales,...

Mme Catherine Génisson. Pour faire rentrer les femmes à la maison !

Mme Martine Aurillac. ... renforcer le pouvoir d'achat des familles et développer l'offre de garde des jeunes enfants. La PAJE – prestation d'accueil du jeune enfant –, qui sera mise en place dès le 1^{er} janvier prochain, répond à cet objectif. Elle bénéficiera désormais à 90 % des familles, dont 200 000 familles nouvelles, et en particulier aux plus défavorisées. C'est considérable. A cela, s'ajoutent le complément du libre choix du mode de garde, pour les parents qui choisissent de continuer à exercer une activité professionnelle, et le congé parental rémunéré, désormais accessible dès le premier enfant pour une durée de six mois à l'issue du congé de maternité.

En complément, six mesures nouvelles : le chèque PAJE, inspiré du chèque emploi-service,...

M. Bernard Accoyer. Ce n'est pas possible, il y a plusieurs ministres de la famille.

Mme Martine Aurillac. ... des aides ciblées en faveur des familles adoptantes et des naissances multiples, l'alignement du versement de la PAJE dans les DOM sur celui de la métropole, un soutien à la conciliation de la vie familiale et de la vie professionnelle par la possibilité de cumuler le complément d'activité à temps partiel et le complément de garde, enfin, le geste de bienvenue aux bébés nés prématurément avant le 1^{er} janvier 2004.

De plus, le crédit d'impôt « famille » est prévu par le projet de loi de finances.

M. Bernard Accoyer. Bravo !

Mme Martine Aurillac. La mise en place de ce nouveau système simplifié et élargi répond déjà en partie aux attentes des familles. Nous pouvons nous en réjouir, d'autant plus que d'autres projets fort utiles sont déjà en cours. Vous allez nous présenter prochainement un projet de loi concernant l'accueil et la protection de l'enfance, qui prévoit notamment la création d'un observatoire de l'enfance maltraitée, et la réforme très attendue du statut des assistances maternelles est désormais sur les rails.

M. Bernard Accoyer. C'est extraordinaire ! C'est un surhomme ! (*Sourires.*)

Mme Martine Aurillac. Bien sûr, d'autres pistes de réflexion doivent être suivies, en particulier sur les problèmes que rencontrent les adolescents – vous avez d'ailleurs heureusement fait de ce thème celui de la prochaine conférence de la famille –, sur un meilleur soutien des familles qui aident leurs enfants étudiants, sur une meilleure reconnaissance des mères qui arrêtent de travailler pour élever leurs enfants ou sur l'aide à leur apporter lorsqu'elles veulent, ensuite, retrouver cette activité. Ces objectifs pourront être mis en œuvre progressivement, dans une conjoncture économique et financière moins rude.

Lieu privilégié de la solidarité, de la tendresse, de l'apprentissage de la vie en commun,...

M. Bernard Accoyer. C'est gentil, ça !

Mme Martine Aurillac. ... la famille est essentielle à l'épanouissement de la vie personnelle et à une démographie vivante. Ce que vous réalisez dès aujourd'hui pour elle, messieurs les ministres, est un signe fort et concret des avancées que le Gouvernement décide et qu'il accomplit en sa faveur. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Bernard Accoyer et M. Paul-Henri Cugnenc. Bravo !

M. le président. La suite de la discussion est renvoyée à la prochaine séance.

2

DÉPÔT D'UN RAPPORT EN APPLICATION D'UNE LOI

M. le président. J'ai reçu, le 28 octobre 2003, de M. le Premier ministre, en application de l'article 10 de la loi n° 80-572 du 25 juillet 1980 sur la protection et le contrôle des matières nucléaires, un rapport sur la protection et le contrôle des matières nucléaires.

3

ORDRE DU JOUR DES PROCHAINES SÉANCES

M. le président. Aujourd'hui, à quinze heures, première séance publique :

Questions au Gouvernement :

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 (n° 1106) :

MM. Pierre Morange, Bruno Gilles, Claude Gaillard et Mme Paulette Guinchard-Kunstler, rapporteurs au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales (tomes I à V du rapport n° 1157).

M. François Goulard, rapporteur pour avis au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (avis n° 1156).

A vingt et une heures trente, deuxième séance publique :

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

La séance est levée.

(*La séance est levée, le mercredi 29 octobre 2003, à zéro heure quarante-cinq.*)

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

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

Transmissions

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

Communications du 27 octobre 2003

N° E 2407. – Proposition de décision du Conseil concernant la conclusion de l'accord sous forme d'échange de lettres relatif à l'application provisoire du protocole modifiant le quatrième protocole fixant les conditions de pêche prévues dans l'accord en matière de pêche entre la Communauté économique européenne, d'une part, et le gouvernement du Danemark et le gouvernement local du Groenland, d'autre part, pour ce qui est des dispositions sur la pêche expérimentale (COM [2003] 601 final).

N° E 2408. – Proposition de décision du Conseil relative à la conclusion, au nom de la Communauté européenne, du traité international sur les ressources phytogénétiques pour l'alimentation et l'agriculture (COM [2003] 602 final).

N° E 2409. – Proposition de règlement du Conseil relatif à la conclusion du protocole modifiant le quatrième protocole fixant les conditions de pêche prévues dans l'accord en matière de pêche entre la Communauté économique européenne, d'une part, et le gouvernement du Danemark et le gouvernement local du Groenland, d'autre part (COM [2003] 609 final).

N° E 2410. – Proposition de règlement du Conseil modifiant le règlement (CE) n° 3069/95 établissant un programme pilote d'observation de la Communauté européenne applicable aux navires de pêche de la Communauté qui opèrent dans la zone de réglementation de l'Organisation des pêches de l'Atlantique du Nord-Ouest (COM [2003] 611 final).

N° E 2411. – Proposition de règlement du Conseil modifiant le règlement (CE) n° 1453/2001 portant mesures spécifiques concernant certains produits agricoles en faveur des Açores et de Madère et abrogeant le règlement (CEE) n° 1600/92 (POSEIMA) en ce qui concerne l'application du prélèvement supplémentaire dans le secteur du lait et des produits laitiers dans les Açores (COM [2003] 617 final).

N° E 2412. – Proposition de décision du Conseil créant un mécanisme pour le financement des coûts communs des opérations de l'Union européenne ayant des implications militaires ou dans le domaine de la défense (ATHENA, PESC, programme ATHENA).

NOTIFICATION D'ADOPTIONS DÉFINITIVES

Il résulte d'une lettre de M. le Premier ministre en date du 28 octobre 2003 qu'ont été adoptées définitivement par les instances communautaires les textes suivants :

Communications du 28 octobre 2003

N° E 1396. – Proposition de directive du Conseil relative au droit au regroupement familial (adoptée le 22 septembre 2003) (COM [1999] 638 final).

N° E 1699. – Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil relative à la formation des conducteurs de certains véhicules routiers affectés aux transports de marchandises ou de voyageurs, modifiant le règlement (CEE) n° 3820/85 du

- Conseil ainsi que la directive 91/439/CEE du Conseil et abrogeant la directive 76/914/CEE du Conseil (adoptée le 15 juillet 2003) (COM [2001] 56 final).
- N^o E 1763. – Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil relatif à la coopération administrative dans le domaine de la taxe sur la valeur ajoutée. Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil modifiant la directive 77/799/CEE du Conseil concernant l'assistance mutuelle des autorités compétentes des États membres dans le domaine des impôts directs et indirects (adoptée le 7 octobre 2003) (COM [2001] 294 final).
- N^o E 1816. – Proposition de décision du Parlement européen et du Conseil relative à la production et au développement de statistiques communautaires de la science et de la technologie (adoptée le 22 juillet 2003) (COM [2001] 490 final).
- N^o E 1831. – Initiative du Royaume de Belgique, du Royaume de l'Espagne et de la République française visant à l'adoption par le Conseil de la décision modifiant l'article 40, paragraphes 1 et 7, de la convention d'application de l'accord de Schengen du 14 juin 1985 relatif à la suppression graduelle des contrôles aux frontières communes (adoptée le 2 octobre 2003) (11896/01 ENFOPOL 94 COPEN 47 COMIX 632).
- N^o E 1835. – Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil concernant les denrées alimentaires et les aliments pour animaux génétiquement modifiés (adoptée le 22 septembre 2003) (COM [2001] 425 final).
- N^o E 1876. – Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil établissant un système d'échange de quotas d'émission de gaz à effet de serre dans la Communauté et modifiant la directive 96/61/CE du Conseil (adoptée le 13 octobre 2003) (COM [2001] 581 final).
- N^o E 1957. – Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil concernant l'octroi d'un concours financier communautaire visant à améliorer les performances environnementales du système de transport de marchandises (Marco Polo) (adoptée le 22 juillet 2003) (COM [2002] 54 final).
- N^o E 2049. – Proposition de directive du Parlement européen et du Conseil modifiant la directive 68/151/CEE du Conseil, en ce qui concerne les obligations de publicité de certaines formes de sociétés (adoptée le 15 juillet 2003) (COM [2002] 279 final).
- N^o E 2096. – Proposition de règlement du Conseil modifiant le règlement (CEE, EURATOM) n^o 354/83 concernant l'ouverture au public des archives historiques de la Communauté économique européenne et de la Communauté européenne de l'énergie atomique (adoptée le 22 septembre 2003) (COM [2002] 462 final).
- N^o E 2154. – Proposition de décision du Conseil relative à la conclusion d'un protocole d'adaptation des aspects commerciaux de l'accord européen établissant une association entre les Communautés européennes et leurs États membres, d'une part, et la République de Lettonie, d'autre part, pour tenir compte des résultats des négociations entre les parties concernant l'établissement de nouvelles concessions agricoles réciproques (adoptée le 22 septembre 2003) (COM [2002] 643 final).
- N^o 2163. – Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil modifiant le règlement (CE) n^o 2037/2000 relatif à des substances qui appauvrissent la couche d'ozone, en ce qui concerne les utilisations critiques et les exportations de halons, les exportations de produits et d'équipements contenant des chlorofluorocarbures et la réglementation du bromochlorométhane (adoptée le 22 septembre 2003) (COM [2002] 642 final).
- N^o E 2165. – Proposition de directive du Conseil modifiant la directive 77/388/CEE en ce qui concerne les règles relatives au lieu de livraison du gaz et de l'électricité (adoptée le 7 octobre 2003) (COM [2002] 688 final).
- N^o E 2186. – Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil modifiant le règlement (CE) n^o 417/2002 du Parlement européen et du Conseil du 18 février 2002 relatif à l'introduction accélérée des prescriptions en matière de double coque ou de normes de conception équivalentes pour les pétroliers à simple coque, et abrogeant le règlement (CE) n^o 2978/94 (adoptée le 22 juillet 2003) (COM [2002] 780 final).
- N^o E 2206. – Proposition de directive du Conseil établissant des mesures communautaires de lutte contre la fièvre aphteuse et modifiant la directive 92/46/CEE (adoptée le 29 septembre 2003) (COM [2002] 736 final).
- N^o E 2211. – Lettre de la Commission européenne du 4 février 2003 relative à une demande de dérogation fiscale présentée par l'Allemagne conformément à l'article 30 de la sixième directive du Conseil, du 17 mai 1977, en matière de TVA (*JO* n^o L 145 du 13 juin 1977, p. 1) (adoptée le 15 juillet 2003) (D/228382).
- N^o E 2212. – Proposition de règlement du Conseil établissant des règles communes pour les régimes de soutien direct dans le cadre de la politique agricole commune et établissant des régimes de soutien aux producteurs de certaines cultures (adoptée le 29 septembre 2003) (COM [2003] 23-1 final).
- N^o E 2213. – Proposition de règlement du Conseil modifiant le règlement (CE) n^o 1257/1999 concernant le soutien au développement rural par le Fonds européen d'orientation et de garantie agricole (FEOGA) et abrogeant le règlement (CE) n^o 2826/2000 (adoptée le 29 septembre 2003) (COM [2003] 23-2 final).
- N^o E 2214. – Proposition de règlement du Conseil portant organisation commune du marché des céréales (adoptée le 29 septembre 2003) (COM [2003] 23-3 final).
- N^o E 2215. – Proposition de règlement du Conseil portant organisation commune du marché du riz (adoptée le 29 septembre 2003) (COM [2003] 23-4 final).
- N^o E 2216. – Proposition de règlement du Conseil portant organisation commune du marché des fourrages séchés pour les campagnes de commercialisation de 2004-2005 à 2007-2008 (adoptée le 29 septembre 2003) (COM [2003] 23-5 final).

- N^o E 2217. – Proposition de règlement du Conseil modifiant le règlement (CE) n^o 1255/1999 portant organisation commune des marchés dans le secteur du lait et des produits laitiers (adoptée le 29 septembre 2003) (COM [2003] 23-6 final).
- N^o E 2238. – Proposition de règlement du Conseil relatif à la conclusion de l'accord sous forme d'échange de lettres relatif à la prorogation du protocole 2000-2001 fixant les possibilités de pêche et la contrepartie financière prévues par l'accord conclu entre la Communauté économique européenne et le gouvernement de la République populaire révolutionnaire de Guinée, concernant la pêche au large de la côte guinéenne, pour la période allant du 1^{er} janvier 2003 au 31 décembre 2003 (adoptée le 29 septembre 2003) (COM [2003] 107 final).
- N^o E 2248. – Proposition de décision du Conseil approuvant la conclusion, par la Commission, d'un accord de coopération dans le domaine des utilisations pacifiques de l'énergie nucléaire entre la Communauté européenne de l'énergie atomique (EURATOM) et la République d'Ouzbékistan (adoptée le 22 septembre 2003) (SEC [2002] 496 final).
- N^o E 2280. – Proposition de décision du Conseil relative à la signature, au nom de la Communauté, d'un accord modifiant le protocole à l'accord européen établissant une association entre les Communautés européennes et leurs Etats membres, d'une part, et la République tchèque, d'autre part, sur l'évaluation de la conformité et l'acceptation des produits industriels. Proposition de décision du Conseil relative à la conclusion d'un accord modifiant le protocole à l'accord européen établissant une association entre les Communautés européennes et leurs Etats membres, d'une part, et la République tchèque, d'autre part, sur l'évaluation de la conformité et l'acceptation des produits industriels (PECA) (adoptées le 22 septembre 2003) (COM [2003] 194 final).
- N^o E 2281. – Proposition de décision du Conseil relative à la signature, au nom de la Communauté, d'un accord modifiant le protocole à l'accord européen établissant une association entre les Communautés européennes et leurs Etats membres, d'une part, et la République de Hongrie, d'autre part, sur l'évaluation de la conformité et l'acceptation des produits industriels. Proposition de décision du Conseil relative à la conclusion d'un accord modifiant le protocole à l'accord européen établissant une association entre les Communautés européennes et leurs Etats membres, d'une part, et la République de Hongrie, d'autre part, sur l'évaluation de la conformité et l'acceptation des produits industriels (PECA) (adoptées le 22 septembre 2003) (COM [2003] 196 final).
- N^o E 2285. – Proposition de règlement du Conseil relatif à la conclusion de l'accord sous forme d'échange de lettres relatif à la prorogation du protocole fixant les possibilités de pêche et la contrepartie financière prévues dans l'accord entre la Communauté économique européenne et le gouvernement de Maurice concernant la pêche dans les eaux mauriciennes, pour la période allant du 3 décembre 2002 au 2 décembre 2003 (adoptée le 20 octobre 2003) (COM [2003] 202 final).
- N^o E 2298. – Proposition de décision du Conseil concernant la conclusion d'un accord visant à renouveler l'accord de coopération scientifique et technologique entre la Communauté européenne et l'Ukraine (adoptée le 22 septembre 2003) (COM [2003] 231 final).
- N^o E 2325. – Projet d'accord entre EUROPOL et la Lettonie (adopté le 2 octobre 2003) (10038/03 EUROPOL 36).
- N^o E 2329. – Proposition de décision du Conseil relative à la conclusion d'un accord entre la Communauté européenne et le Canada relatif au commerce des vins et boissons spiritueuses (adoptée le 30 juillet 2003) (COM [2003] 377 final).
- N^o E 2331. – Projet d'accord de coopération entre la République de Lituanie et EUROPOL (Office européen de police) (adopté le 2 octobre 2003) (10039/03 EUROPOL 37).
- N^o E 2354. – Proposition de décision du Parlement européen et du Conseil concernant la mobilisation du Fonds de solidarité de l'Union européenne, en application du point 3 de l'accord interinstitutionnel du 7 novembre 2002 entre le Parlement européen, le Conseil et la Commission sur le financement du Fonds de solidarité de l'Union européenne, complétant l'accord interinstitutionnel du 6 mai 1999 sur la discipline budgétaire et l'amélioration de la procédure budgétaire (adoptée le 7 octobre 2003) (COM [2003] 431 final).
- N^o E 2356. – Proposition de règlement du Conseil modifiant le règlement (CE) n^o 2803/2000 en ce qui concerne l'ouverture et l'augmentation de contingents tarifaires communautaires autonomes pour certains produits de la pêche (adoptée le 7 octobre 2003) (COM [2003] 474 final).
- N^o E 2374. – Proposition de décision du Parlement européen et du Conseil concernant la mobilisation du Fonds de solidarité de l'Union européenne, en application du point 3 de l'accord interinstitutionnel du 7 novembre 2002 entre le Parlement européen, le Conseil et la Commission sur le financement du Fonds de solidarité de l'Union européenne complétant l'accord interinstitutionnel du 6 mai 1999 sur la discipline budgétaire et l'amélioration de la procédure budgétaire (adoptée le 7 octobre 2003) (COM [2003] 529 final).
- N^o E 2375. – Proposition de règlement du Conseil modifiant le règlement (CE) n^o 1030/2003 imposant certaines mesures restrictives à l'égard du Liberia (adoptée le 22 septembre 2003) (COM [2003] 535 final).
- N^o E 2388. – Projet de règlement du Conseil modifiant le règlement (CE) n^o 1210/2003 du Conseil du 7 juillet 2003 concernant certaines restrictions spécifiques applicables aux relations économiques et financières avec l'Iraq (adopté le 13 octobre 2003) (SN 2983/03).

RETRAIT OU CADUCITÉ

Il résulte d'une lettre de M. le Premier ministre en date du 28 octobre 2003 qu'est devenu caduc le texte suivant :

N° E 2334. – Projet de décision du Conseil visant à l'adoption, dans les Etats membres, de l'interdiction d'accès aux enceintes dans lesquelles se déroulent des matches de football revêtant une dimension internationale (caduc le 24 septembre 2003) (10966/03 ENFOPOL 64).

**MODIFICATIONS
À LA COMPOSITION DES GROUPES**

(*Journal officiel*, Lois et décrets, du 29 octobre 2003)

GROUPE UNION POUR LA DÉMOCRATIE FRANÇAISE
(26 membres au lieu de 27)

Supprimer le nom de M. Gilbert Gantier.

LISTE DES DÉPUTÉS N'APPARTENANT À AUCUN GROUPE
(13 au lieu de 12)

Ajouter le nom de M. Gilbert Gantier.