

ASSEMBLÉE NATIONALE

DÉBATS PARLEMENTAIRES

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

CONSTITUTION DU 4 OCTOBRE 1958

12^e Législature

SESSION ORDINAIRE DE 2003-2004

59^e séance

COMPTE RENDU INTÉGRAL

3^e séance du mercredi 12 novembre 2003



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE Mme HÉLÈNE MIGNON

1. **Loi de finances pour 2004** (deuxième partie). – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 10397).

SANTÉ, FAMILLE
ET PERSONNES HANDICAPÉES (*suite*) (p. 10397)

Réponses de M. Jean-François Mattei, ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, et de Mme Marie-Thérèse Boisseau, secrétaire d'État aux personnes handicapées, aux **questions** de : Mme Catherine Génisson, MM. Jean-Paul Dupré, Philippe Vitel, Yves Coussain, Mme Jacqueline Fraysse, MM. Jean-Luc Prével, Rodolphe Thomas, Patrick Bloche, Pascal Terrasse, Jean-Claude Bois, Henri Cuq, Jean-Pierre Decool, Alain Ferry, Gérard Bapt, Jean-Louis Dumont, François Guillaume, Thierry Mariani, Jacques Pélissard.

TRAVAIL, SANTÉ ET SOLIDARITÉ :

II. – Santé, famille, personnes handicapées et solidarité

Etat B

Titres III et IV. – Adoption des crédits inscrits aux titres III et IV (p. 10412)

Etat C

Titres V et VI. – Adoption des crédits inscrits aux titres V et VI (p. 10412)

Article 81 (p. 10412)

Amendement n° 112 de la commission des finances : MM. Gérard Bapt, rapporteur spécial de la commission des finances ; le ministre. – Adoption.

Amendement n° 113 de la commission : M. le ministre. – Adoption.

Amendement n° 114 de la commission : M. le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 81 modifié.

Après l'article 81 (p. 10413)

Amendement n° 179 de M. Prével : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur spécial, le ministre. – Retrait.

Article 82 (p. 10414)

Amendement de suppression n° 177 de M. Le Guen : Mme Catherine Génisson, MM. le rapporteur spécial, le ministre, Pascal Terrasse, Mme Jacqueline Fraysse. – Rejet.

Amendement n° 132 de M. Bapt : MM. le rapporteur spécial, le ministre, Mme Catherine Génisson. – Rejet.

Amendement n° 133 de M. Bapt : MM. le rapporteur spécial, le ministre. – Retrait.

Adoption de l'article 82.

Renvoi de la suite de la deuxième partie du projet de loi de finances à la prochaine séance.

2. **Dépôts de projets de loi** (p. 10419).

3. **Dépôts de rapports** (p. 10419).

4. **Ordre du jour des prochaines séances** (p. 10419).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

**PRÉSIDENCE DE Mme HÉLÈNE MIGNON,
vice-présidente**

Mme la présidente. La séance est ouverte.

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

1

LOI DE FINANCES POUR 2004

DEUXIÈME PARTIE

Suite de la discussion d'un projet de loi

Mme la présidente. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 2004 (n^{os} 1093, 1110).

SANTÉ, FAMILLE ET PERSONNES HANDICAPÉES *(suite)*

Mme la présidente. Nous poursuivons l'examen des crédits du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

Nous en venons aux questions.

Nous commençons par le groupe socialiste. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Madame la présidente, monsieur le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées, madame la secrétaire d'État aux personnes handicapées, mes chers collègues, je souhaite vous faire part de ma très grande préoccupation à l'égard des moyens alloués à la lutte contre ce terrible fléau qu'est le sida. Il faut rappeler quelques chiffres très alarmants : on dénombre 45 millions de personnes touchées par le sida dans le monde et six millions de nouveaux cas par an. En France, entre 100 000 et 130 000 personnes sont séropositives et 1 500 à 5 000 cas nouveaux se déclarent chaque année. Face à ces chiffres très préoccupants, il est plus que jamais nécessaire de mettre l'accent sur la politique de prévention, qui se relâche depuis quelque temps.

Au fil de mes rencontres avec les acteurs du milieu associatif, j'ai malheureusement pu constater que le découragement les gagnait petit à petit en raison de la faiblesse des moyens budgétaires dégagés par l'État. A titre d'illustration, je souhaite évoquer Sida Info Service, dont les responsables s'inquiètent du transfert, depuis l'année dernière, de leur financement à l'Institut national de prévention et d'éducation pour la santé. Les respon-

sables de Sida Info Service craignent une amputation de leur budget. En effet, l'INPES doit financer des dispositifs de lutte plus nombreux, tout en fonctionnant à moyens constants.

Monsieur le ministre, je crains que, en matière de lutte contre le sida, il en aille comme pour beaucoup d'autres sujets avec le Gouvernement : les discours empreints de bonnes intentions seront démentis par la cruelle réalité des faits. Car les faits sont têtus : la lutte contre le sida est le parent pauvre du budget de la santé pour 2004.

Je citerai un exemple du double langage dont la droite est coutumière. A trois reprises, le Président de la République s'est engagé – notamment lors du sommet du G 8 à Evian, en juin dernier – à ce que la France contribue à hauteur de 150 millions d'euros au Fonds mondial contre le sida. Lorsqu'on examine le budget 2004, qui ne prévoit qu'un tiers de la somme promise, on est bien contraint de conclure que cet engagement est renié. Des personnalités de tous bords – notamment des représentants de notre groupe – sont intervenues, et le Gouvernement a confirmé, jeudi 6 novembre, que ce versement de 150 millions d'euros se ferait grâce à « des crédits de report disponibles en fin de gestion 2003 ». D'un point de vue budgétaire, cela ne veut pas dire grand-chose et mon inquiétude – qui est celle de tous les acteurs concernés – demeure. Monsieur le ministre, pouvez-vous fournir à la représentation nationale des assurances allant au-delà de la déclaration de principe sur la réalité du versement des 150 millions d'euros au Fonds mondial de lutte contre le sida ?

Pouvez-vous également rassurer les acteurs associatifs mobilisés dans la lutte contre ce fléau, qui s'inquiètent à juste titre de la faiblesse des moyens qui leur sont alloués ?

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

M. Jean-François Mattei, *ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées*. Madame la députée, j'entends bien que vous préférez les actes aux discours. S'il est un domaine dans lequel j'ai pu, à titre personnel, accompagner les discours d'actes concrets, c'est bien, vous le savez, celui de la lutte contre le sida et la toxicomanie. Aussi, je veux d'emblée vous rassurer : le sida est et reste une priorité forte de mon ministère.

Même si la mortalité liée à cette maladie a chuté depuis l'introduction des trithérapies, plusieurs milliers de personnes découvrent encore leur séropositivité chaque année en France et l'épidémie reste active. Je ne cesse de me battre pour qu'on comprenne que les trithérapies ne doivent pas nous conduire à relâcher la prévention. Bien au contraire, nous devons poursuivre nos efforts. Je vous confirme que 64 millions d'euros, répartis entre la DGS et l'INPES, seront alloués cette année et que les crédits consacrés à la politique de santé publique en matière de sida sont reconduits en totalité. Pour ce qui est de Sida Info Service, ces crédits seront transférés de la DGS à l'INPES en 2004. Mais ils resteront identiques à ce qu'ils étaient l'année dernière.

Avant de vous répondre sur le Fonds mondial de lutte contre le sida, je voudrais évoquer un point que vous n'avez pas abordé : la politique de réduction des risques sera également renforcée et verra sa reconnaissance législative dans la révision de la loi de 1970. C'est une demande des acteurs de terrain à laquelle il faut accéder.

Je vous confirme enfin que le Président de la République s'est engagé à tripler la participation de la France au Fonds mondial de lutte contre le sida et à porter sa participation à 150 millions d'euros. Cet engagement a été réitéré, en ma présence la semaine dernière, lorsque le Président de la République a reçu le docteur Lee Jong-wook, directeur général de l'OMS. Je vous confirme que ces 150 millions d'euros seront attribués.

J'ajoute que ce n'est pas seulement l'honneur de la France, mais son devoir, dans la mesure où elle veut entraîner l'Union européenne à verser 1 milliard, les États-Unis en versant un autre, et le reste du monde versant le dernier milliard nécessaire au financement du Fonds mondial.

M. Philippe Vitel. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Paul Dupré.

M. Jean-Paul Dupré. Monsieur le ministre, le cas dramatique du jeune Vincent Humbert a mis en lumière toute la problématique de la fin de vie. Faut-il ou non légiférer sur un droit de mourir, comme certains d'entre nous l'ont proposé et comme l'ont déjà fait plusieurs de nos voisins européens ? La question est d'importance et la réflexion engagée dans le cadre de la mission d'information sur l'accompagnement de la fin de vie devrait apporter plusieurs indications.

Quoi qu'il en soit, nous souhaitons attirer votre attention, monsieur le ministre, sur la nécessité de poursuivre le développement des soins palliatifs. On estime en effet qu'entre 150 000 et 200 000 personnes, en France, sont atteintes de maladies graves et ont besoin de soins palliatifs.

Depuis la loi du 9 juin 1999, ces soins entrent dans les missions des établissements de santé au même titre que les soins préventifs et curatifs. Ils visent, comme chacun sait, à soulager la douleur physique, mais également à apaiser la souffrance morale et à sauvegarder la dignité de la personne malade en fin de vie tout en soutenant son entourage.

La loi du 4 mars 2002 sur les droits des malades a réaffirmé le principe selon lequel « toute personne a droit de recevoir des soins visant à soulager sa douleur. Celle-ci doit être en toute circonstance prévenue, évaluée, prise en compte et traitée. Les professionnels de santé mettent en œuvre tous les moyens à leur disposition pour assurer à chacun une vie digne jusqu'à la mort. »

Cette reconnaissance législative s'est accompagnée de plusieurs plans de développement des soins palliatifs. Un premier plan triennal, auquel ont été affectés 58 millions d'euros de 1999 à 2001, a permis notamment de renforcer sensiblement le dispositif existant en corrigeant les inégalités de l'offre entre les régions. Un second plan, portant sur la période 2002-2005, devrait être financé à hauteur de 24,39 millions d'euros.

Monsieur le ministre, pourriez-vous préciser s'il est dans l'intention du Gouvernement de poursuivre le développement des soins palliatifs ? Quel est le montant des crédits prévus pour 2004 et quelles sont les actions prioritaires que vous comptez engager ?

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le député, vous abordez une question difficile, douloureuse, au sujet de laquelle aucun d'entre nous ne peut prétendre détenir une solution définitive et généralisable. C'est pourquoi je me réjouis qu'une mission parlementaire, coordonnée par Jean Leonetti, ait été constituée sur ce sujet. Vous savez quel fut mon engagement lors de la discussion du projet de loi présenté par Bernard Kouchner en 1999, et combien je suis attentif à ces sujets touchant à l'éthique.

Mes réponses seront donc brèves. Premièrement, le Gouvernement poursuivra et amplifiera le plan triennal pour 2002-2005. Deuxièmement, les crédits accordés répondront aux ambitions du Gouvernement, qui entend multiplier les réseaux et les unités de soins palliatifs. Nous devons répondre à la nécessité de l'accompagnement dans les établissements hospitaliers. Pour commencer, il faut au moins une unité de soins palliatifs par département, dans chaque CHU et, probablement, dans chaque centre hospitalier général dépassant 400 lits. Mais il faut également des équipes mobiles pouvant faire de l'accompagnement à domicile.

Et il faut encore prévoir la création de réseaux de lutte contre la douleur, car, la plupart du temps, la fin de vie est douloureuse, aux sens physique et moral du terme. Les professionnels de santé – en tout cas la génération à laquelle j'appartiens – n'ont pas été formés à traiter correctement la douleur. Il faut que les esprits et les mentalités changent à cet égard.

Vous n'avez pas évoqué la question de la tarification à l'activité. J'ai demandé qu'un groupe homogène de malades spécifiques soit utilisé pour la douleur et les soins palliatifs, de façon qu'on puisse tarifier normalement des soins qu'il est difficile de décompter.

Lutter contre la douleur, contre l'abandon et la solitude, progresser dans l'approche de la fin de vie : nous avons beaucoup à faire pour ce moment extrêmement difficile de la vie. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson, pour poser sa seconde question.

Mme Catherine Génisson. Je voudrais associer à cette question, qui concerne la place des pédiatres dans le système de santé publique, notre collègue Simon Renucci, député de Corse-du-Sud.

En effet, en visant à pérenniser notre système de soins, la réforme engagée cet automne doit concerner tous les assurés sociaux, au premier rang desquels l'enfant occupe une place particulière. La loi de santé publique a fixé des priorités. Je vais donc insister sur l'enfant, adulte en devenir. Je crois en effet nécessaire d'édifier, pour mieux préserver la place de l'enfant, une véritable politique de santé publique de l'enfance, qui évaluera et orientera les besoins sanitaires et sociaux.

Peut-être faut-il prévoir deux niveaux d'intervention. Au plan national, il apparaît utile d'instituer une délégation ou un comité interministériel, placé sous l'autorité directe du Premier ministre, qui structurerait l'intervention de l'ensemble des ministères – éducation nationale, justice, affaires sociales, santé, entre autres. Une conférence annuelle de l'enfance, chargée d'évaluer l'état de la population, permettrait de fixer de manière cohérente les orientations de long terme.

Parallèlement, la mise en place de coordinations locales et régionales sur le modèle du secteur unifié de l'enfance, structurant la mise en place des différents intervenants,

me semble l'autre voie à emprunter. De par leurs expériences professionnelles, les pédiatres peuvent jouer un rôle d'interface utile entre l'extrême spécialiste, en particulier celui qui prend en charge les maladies chroniques, et les structures sanitaires et sociales éducatives et la famille.

Malgré les problèmes de reconnaissance de leur situation professionnelle et la question démographique, les pédiatres sont prêts à prendre leurs responsabilités et à agir en coordinateurs des mises en réseaux nationaux et locaux. Ils espèrent beaucoup de vous et attendent avec intérêt vos réponses concernant leur légitime revendication d'organisation et d'exercice de leur spécialité.

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Madame la députée, je vous remercie de m'avoir posé cette question et je comprends que le docteur Renucci y soit associé, en sa qualité de pédiatre.

Dès mon installation dans ce ministère, je me suis intéressé aux problèmes de l'enfant - vous devinez pourquoi - et j'ai rapidement mis en place une mission sur la périnatalité. Son rapport m'a été remis il y a deux mois environ et je proposerai un plan périnatalité au début de l'année prochaine. Je vous rassure tout de suite, le financement de ce plan est par avance provisionné dans l'ONDAM sur lequel vous avez eu à vous prononcer.

En outre, j'ai demandé à la Société française de pédiatrie, en collaboration avec les associations représentatives des pédiatres, de me faire des propositions sur les spécificités pédiatriques à prendre en considération pour les autres objectifs retenus par la loi de santé publique.

Vous savez que les pédiatres sont inquiets, car leur démographie est déclinante. Cette spécialité n'a pas été suffisamment considérée dans le passé, vous avez fait une brève allusion à cela. A peine arrivés au ministère, nous avons majoré à 28 euros la consultation pour les enfants de moins de deux ans, et nous avons considéré que la participation des pédiatres aux actes suivant immédiatement la naissance devait être revalorisée, ce que nous avons fait. Ils n'en demeurent pas moins très inquiets, car la pédiatrie demande du temps et ne repose pas sur un plateau technique spécifique. Je suis particulièrement attentif au devenir de cette spécialité. Ainsi, je souhaite que subsiste une pédiatrie de ville, que ce ne soit pas seulement une spécialité hospitalière. Par ailleurs, un effort sera fait pour la démographie de cette spécialité. Déjà, j'ai décidé, cette année, d'augmenter le nombre de pédiatres en formation dans la filière de l'internat.

Mme la présidente. Nous en venons aux questions du groupe UMP.

La parole est à M. Philippe Vitel.

M. Philippe Vitel. Madame la présidente, monsieur le ministre, madame la secrétaire d'Etat, mes chers collègues, en 2001, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé a entrepris, par l'intermédiaire de la commission d'évaluation des produits et du comité économique des produits de santé, de réformer le tarif interministériel des prestations sanitaires.

Ainsi, le 4 mai 2002, le *Journal officiel* publiait l'arrêté du 23 avril 2002, dressant la liste des produits et des prestations remboursables relatifs aux appareils électroniques de surdité. Il découle de cet arrêté que, pour les patients déficients auditifs âgés de plus de vingt ans et non atteints de cécité, le tarif de prise en charge par la sécurité sociale est de 199,71 euros, quel que soit le type

d'appareil électronique correcteur de surdité. Pour les patients déficients auditifs âgés de moins de vingt ans et les patients âgés de plus de vingt ans atteints de cécité, ainsi que pour les patients pris en charge par le ministre des anciens combattants au titre de l'article 115, une liste de 513 appareils électroniques correcteurs de surdité fixe le tarif de prise en charge, qui s'établit entre 531 et 1 425 euros en fonction du niveau technologique de chaque appareil.

Or, depuis sa parution le 4 mai 2002, cette liste n'a pas été mise à jour et, depuis cette date, les progrès technologiques pourraient rendre de réels services à ces personnes handicapées.

Du fait de l'absence de remise à jour de cette liste, les professionnels de l'audiologie ne sont pas autorisés à adapter à leurs jeunes patients sourds et malentendants les appareillages numériques de dernière génération dont bénéficient les enfants sourds et malentendants des autres Etats de l'Union européenne. Envisagez-vous, madame la secrétaire d'Etat, une prochaine actualisation de cette liste afin de remédier à cette situation qui crée une inégalité entre les personnes handicapées au sein de la Communauté européenne ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées.

Mme Marie-Thérèse Boisseau, secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Cette question est très intéressante, monsieur le député. Près de 280 000 prothèses auditives sont vendues en France chaque année. Leur remboursement par la sécurité sociale s'élève à quelque 40 millions d'euros. Au regard de la politique de santé concernant ces prothèses, la problématique soulevée est différente selon qu'elle touche l'appareillage des enfants ou des adultes.

En ce qui concerne les 6 335 enfants et jeunes de moins de vingt ans, ils sont appareillés, pour la quasi totalité d'entre eux, avec des prothèses équipées de stéréophonie, et ce type de prothèse est mieux remboursé depuis 2002. Toutefois, comme vous l'avez dit, les prothèses les plus récentes ne bénéficient pas de cette amélioration, la liste des prothèses n'étant tout simplement pas actualisée. Ainsi, si les dernières prothèses numériques sont déjà disponibles sur le marché, leur prise en charge reste insignifiante : 230 euros pour un coût de 4 000 euros.

La Commission économique des produits de santé a demandé à un expert de lui faire des propositions. Selon les informations qui m'ont été données très récemment, les mesures permettant d'ouvrir le remboursement de ces prothèses numériques devraient être prises au plus tard en janvier 2004.

M. Philippe Vitel. Merci, madame la secrétaire d'Etat.

Mme la présidente. La parole est à M. Philippe Vitel, pour poser une seconde question.

M. Philippe Vitel. En effet, madame la présidente, je pose cette seconde question au nom de mon collègue Louis Cosyns, qui a dû s'absenter.

Monsieur le ministre, le Premier ministre a annoncé des mesures de solidarité avec les personnes âgées. Elles vont nécessiter un personnel médical et paramédical qui ira croissant. Aujourd'hui, nous ne disposons pas de centres de formation en nombre suffisant, en particulier pour les infirmières. Un grand nombre de jeunes très motivés vont dans d'autres pays de l'Union européenne, notamment en Belgique, pour y suivre une formation au

terme de laquelle ils reviennent en France. L'augmentation des crédits permettra-t-elle de leur attribuer des bourses, ce qui est impossible aujourd'hui ?

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le député, les mesures de solidarité avec les personnes âgées réclameront en effet un accroissement de l'effort de formation des personnels paramédicaux. C'est d'ailleurs une des raisons pour lesquelles elles peuvent sembler insuffisantes à certains. Mais quand on voit le nombre des personnels nécessaires, on se rend bien compte qu'il faut un peu de temps, ne serait-ce que celui de la formation.

Le quota des autorisations a été accru pour les infirmières, et porté à 30 000. Il permettra en principe de combler en deux ou trois ans le déficit encore observé aujourd'hui. Le nombre des aides-soignantes en formation – celle-ci se déroulant presque exclusivement dans les quelque mille établissements répartis sur le territoire – est ainsi passé de 13 000 à 15 000. Le quota des autorisations pour les masseurs-kinésithérapeutes a été également relevé.

Globalement, dans le cadre du projet de loi de finances, les crédits sollicités pour la formation augmentent considérablement, de 13,7 %, à 3,8 millions d'euros. Ces crédits sont destinés au financement des écoles sans support hospitalier. Quant aux écoles qui sont installées dans des établissements hospitaliers – et c'est le cas de la plupart d'entre elles –, leur financement est inclus dans la dotation globale discutée dans le cadre du PLFSS. Toutes les instructions ont été données afin que l'accroissement des quotas s'accompagne d'un accroissement des moyens mis à disposition des écoles pour leur fonctionnement : dans cette perspective, 20,8 millions d'euros sont inscrits au PLFSS.

S'agissant de l'attribution des bourses aux étudiants, la masse financière qui y est consacrée s'est accrue de 57 % en cinq ans. Dans le cadre du projet de budget pour 2004, la somme qui y sera consacrée est en progression de 11,6 %. Dans l'ensemble, ce taux de progression croît davantage que celui des quotas. Vous le voyez, le Gouvernement s'efforce donc de répondre aux problèmes de formation afin d'anticiper sur l'évolution des besoins.

Mme la présidente. La parole est à M. Yves Coussain.

M. Yves Coussain. Monsieur le ministre, madame la secrétaire d'Etat, j'ai en fait deux questions.

La première concerne les opérations présélectionnées dans le plan pluriannuel régional d'investissements en Auvergne. Il me paraît doublement déséquilibré. Tout d'abord, il favorise le secteur public, lequel reçoit près de 95 % du montant inscrit au titre des ORPI, les objectifs régionaux pluriannuels d'investissement, et ce alors que l'hospitalisation privée connaît, en Auvergne, une très forte activité – elle représente, par exemple, plus de 50 % de l'activité en chirurgie. En outre, ce plan se caractérise par un déséquilibre au détriment du Cantal, qui ne toucherait que 3,68 % ou 3,69 % de l'enveloppe, portion bien maigre lorsque l'on connaît les besoins exprimés par le centre hospitalier d'Aurillac et le centre médico-chirurgical de Tronquières, situé lui aussi à Aurillac. Monsieur le ministre, madame la secrétaire d'Etat, je souhaiterais obtenir des explications à ce sujet, et surtout un rééquilibrage des affectations.

Ma seconde question concerne la demande d'agrément d'un scanner à visée diagnostique par le CMC d'Aurillac. C'est un établissement de 227 lits, bénéficiant d'un

important plateau technique dans les secteurs chirurgical, cancérologique, urologique et radiothérapique, et qui accueille même des urgences. A ses demandes, l'ARH oppose avec constance des réponses négatives. L'établissement dispose déjà d'un scanner dosimétrique utilisé à 50 %. Il demande un nouveau scanner. Monsieur le ministre, je vous serais obligé de bien vouloir m'informer sur ce qu'il peut en être du sort qui sera réservé à cette demande.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Comme c'est bien dit !

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le député, vous m'interrogez, d'abord, sur l'investissement. La faible part des aides accordées aux établissements du secteur privé par le plan Hôpital 2007 en Auvergne ne provient d'aucune volonté délibérée de l'ARH de désavantager ce secteur dans votre belle région. C'est essentiellement le reflet d'un nombre plus faible de projets d'investissements des établissements privés, lesquels ont déjà accompli de nombreuses restructurations ces dernières années. Ainsi, les aides du plan Hôpital 2007 permettront de clore la quasi-totalité des investissements possibles sur la région, dans le secteur privé. Néanmoins, puisque vous attirez mon attention sur le sujet, je demande au nouveau directeur de l'ARH de rencontrer rapidement les représentants de la fédération régionale de l'hospitalisation privée afin d'étudier leurs observations et d'opérer les éventuels ajustements qu'ils jugeraient nécessaires.

Vous estimez, par ailleurs, que votre département a été défavorisé. Votre souci est légitime, mais je ne pense pas que ce soit le cas.

Tout d'abord, parmi les six projets sélectionnés pour 5,5 millions d'euros, sont particulièrement concernés les établissements de santé publics et privés d'Aurillac, avec l'installation d'une gamma-caméra au centre médico-chirurgical de Tronquières et, au centre hospitalier, la restructuration des urgences, de la psychiatrie et du court séjour. Ensuite, des aides supplémentaires s'ajoutant au plan Hôpital 2007 seront prévues d'ici la fin 2003 dans des contrats d'objectifs et de moyens des centres hospitaliers de Saint-Flour, pour un investissement de 20 millions d'euros, et d'Aurillac, pour un investissement de 39 millions d'euros. Enfin, vous citez la prépondérance de l'opération du pôle mère-enfant du CHU de Clermont-Ferrand. C'est vrai que c'est un investissement considérable, mais il va profiter à la région tout entière.

Pour terminer, et ce n'est pas le moindre des sujets, vous évoquez la demande réitérée de scanner émanant des radiologues privés d'Aurillac. Je vous indique que la carte sanitaire a été supprimée par l'ordonnance de simplification du 4 septembre dernier. Il revient désormais à l'ARH de définir la répartition la plus appropriée des nouvelles machines, en tenant compte notamment des ressources médicales disponibles et de la couverture géographique de la population. Actuellement, deux scanners sont installés dans le Cantal, à Aurillac et à Saint-Flour. Le rapporteur au CROS avait émis un avis favorable à une utilisation partielle, à 50 %, d'une machine déjà installée à la clinique d'Aurillac et dédiée à un accélérateur de radiothérapie. Une nouvelle demande des radiologues vient d'être déposée à l'ARH en septembre, mais pour un nouvel appareil. Il reviendra à l'ARH de déterminer si l'activité, la situation, les moyens humains des établisse-

ments du secteur permettent cette installation. Je demande à son directeur de suivre attentivement ce dossier.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse, pour le groupe des député-e-s communistes et républicains.

Mme Jacqueline Fraysse. Ma question concerne le handicap. L'année 2003 est l'année européenne du handicap. Elle devait être, selon le Président de la République, une année de mobilisation pour une pleine reconnaissance par la société des droits, des besoins, des richesses des personnes handicapées. C'est pourquoi nous attendions avec intérêt les dispositions du projet de loi de finances pour 2004 concernant le handicap.

Il faut reconnaître que vous budgetez 44 millions d'euros pour créer 1 014 postes d'auxiliaire de vie, ainsi que 3 000 places de plus en CAT, et pour financer 30 sites de vie autonome. Ce n'est pas rien, c'est une bonne chose, mais c'est peu, très peu face à l'immensité des besoins, et particulièrement en cette année dédiée au handicap, puisqu'il y a aujourd'hui plus de 25 000 personnes en attente pour un emploi en CAT, et que 30 000 ont besoin de l'aide d'un auxiliaire de vie. Mme la rapporteure pour avis a dit cet après-midi qu'en matière d'intégration la tâche était immense, notamment pour l'accueil des enfants en milieu ordinaire et pour l'accès au travail. La France a beaucoup de retard.

Or, à la faiblesse de ces mesures budgétaires s'ajoute l'absence de moyens pour une politique globale du handicap, alors que tous les nombreux rapports sur la question s'accordent à dire que la prise en charge des personnes en situation de handicap doit être globale, qu'elle doit prévenir les risques, rechercher les causes, et mieux connaître les populations handicapées, mais aussi encourager leur insertion professionnelle et sociale. Or, on ne trouve aucune mesure pour illustrer un effort de l'Etat en ce sens.

Par contre, on trouve l'ouverture vers la mise en place d'un droit à la compensation financière du handicap. Mais les personnes handicapées n'ont pas seulement besoin d'être indemnisées, elles ont besoin intégrées dans la société comme des personnes à part entière, ce qui implique un engagement fort des pouvoirs publics, sans lequel ce n'est pas possible. Nous n'avons pas le sentiment que vous ayez réellement opté pour ce choix.

Pourtant, dans son discours du 7 novembre dernier, le Premier ministre affirmait le besoin de solidarité envers les personnes dépendantes qui souffrent. C'est le même Premier ministre qui confirme sans sourciller que la caisse nationale créée pour financer la dépendance ne sera pas autorisée à gérer le risque dépendance ! N'est-ce pas là, monsieur le ministre, une manière de dégager l'Etat de sa responsabilité envers les citoyens handicapés ? Où trouvent-on les outils, les moyens de la politique globale du handicap annoncée par le Gouvernement ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Vaste question, madame Fraysse. Je ne suis pas sûre de pouvoir y répondre en quelques minutes.

Je vous remercie d'avoir salué l'effort du Gouvernement, à la fois pour 2003 et pour 2004. Vous avez reconnu qu'il n'était pas négligeable. Il nous a permis, effectivement, de créer un certain nombre de places en établissements et d'augmenter les services d'accompagne-

ment, à la fois à la vie au domicile et au sein des services médico-sociaux. Mais je reconnais aisément que la tâche qui reste à accomplir est immense.

Cela dit, je replace, encore une fois, notre action actuelle dans son contexte : 2003 était la fin à la fois d'un plan triennal et d'un plan quinquennal. Nous avons donné un sérieux coup de pouce en doublant le nombre de nouvelles places en CAT, en doublant le nombre de nouvelles places en maisons d'accueil spécialisé et en foyers d'accueil médicalisé, en quintuplant – même si ce n'est pas dans notre budget, mais dans celui de l'éducation nationale – le nombre de postes d'auxiliaires de vie, en augmentant d'au moins 10 % le nombre de services d'éducation spécialisée et de soins à domicile, les SESSAD, en doublant pratiquement le nombre d'auxiliaires de vie. C'est donc un effort important que nous avons fait. Le budget 2004 va le poursuivre, car un effort d'une année n'est pas suffisant.

La politique nouvelle que vous appelez de vos vœux, et que les personnes handicapées attendent avec beaucoup d'impatience, se retrouvera dans la loi de 2004. La rédaction en est pratiquement achevée. Je ferai une communication en conseil des ministres au début du mois de décembre. Cette loi sera présentée en conseil des ministres dans le courant du mois de janvier, après quoi elle sera soumise à l'examen des sénateurs pour une première lecture. Vous le voyez, nous ne perdons pas de temps. Cette loi sera discutée au cours du premier semestre 2004 et sera appliquée dès le budget 2005.

J'indique très brièvement quels seront les trois grands axes de cette loi. Le premier est l'accessibilité de tout à tous. Cela signifie que, comme je le disais cet après-midi, tous les handicaps seront pris en compte, y compris le handicap psychique, qui n'était pas inclus dans la loi de 1975. Et cela signifie que tous les types d'intégration seront concernés, qu'il s'agisse de l'intégration scolaire – pour laquelle, contrairement à ce que vous dites, nous avons déjà fait des efforts en 2003 et 2004 –, de l'intégration professionnelle ou de ce que l'on qualifie globalement d'intégration à la vie sociale, avec ce que cela implique de participation à la vie sociale, à la culture, aux sports, aux arts, et j'en passe.

Le deuxième axe est ce que j'appellerai l'accessibilité des services, avec la simplification et le regroupement de tous les services qui peuvent concerner une personne handicapée, que ce soit en matière d'information, d'évaluation du handicap, ou encore de suivi et d'accompagnement des personnes handicapées.

Le troisième axe est la compensation du handicap. Le droit à compensation a été affirmé par le Président de la République. Il a été inscrit dans la loi du 2 janvier 2002. Il est maintenant grand temps de l'appliquer, pour permettre à toute personne handicapée de vivre dignement. Il me paraît plus que normal, pour prendre un exemple simple, que le fauteuil roulant, qui est aujourd'hui à peine remboursé à 30 % ou 40 %, soit pris totalement en compte par la solidarité nationale. Ce sera l'un des objectifs de cette loi, qui sera applicable en 2005.

J'ajoute que cette loi est pour ainsi dire financée avant d'être votée, grâce au jour férié travaillé et au prélèvement sur les revenus du capital, mesures qui ont été proposées par le Premier ministre la semaine dernière.

Mme la présidente. Nous passons aux questions du groupe UDF.

La parole est à M. Jean-Luc Prél.

M. Jean-Luc Préel. Monsieur le ministre, ma question concerne la CMU, et notamment la modification proposée par l'article 82.

Les personnes relevant de la CMU peuvent choisir librement leur organisme complémentaire. Beaucoup font aujourd'hui appel aux CPAM. Le financement est assuré par le fonds CMU alimenté par une contribution des organismes complémentaires et par une dotation de l'Etat. Les assurances complémentaires peuvent déduire de leurs versements au fonds une somme forfaitaire fixée, par personne, à 228 euros en 2000, et à 283 euros en 2003, et réévaluée pour 2004 à 300 euros. Les CPAM étaient remboursées au premier euro des frais réels engagés par elles-mêmes pour le compte de l'Etat.

Vous prévoyez par l'article 82 d'aligner les CPAM sur le forfait de 300 euros des complémentaires, ce qui entraînera pour le budget de l'Etat une économie de 117 millions d'euros. Cela revient à dire que vous demandez un effort équivalent à l'assurance maladie.

Première question : est-il bien raisonnable d'accroître le déficit déjà considérable de la CNAM ?

Deuxième question : quel est le coût réel d'une CMU complémentaire ? N'est-il pas supérieur à 300 euros, proche sans doute de 333 euros ?

Troisième question : les caisses d'assurance maladie n'interviennent plus pour le compte de l'Etat et se trouvent investies d'une nouvelle mission d'assureur complémentaire porteur du risque financier correspondant, en sus de leur mission traditionnelle de service public. Cette modification préfigure-t-elle une nouvelle répartition des rôles entre assurance de base et complémentaire ?

Enfin, dernière question : l'UDF a toujours dénoncé l'effet détestable du seuil de la CMU et a toujours préconisé la transformation de celle-ci en une aide personnalisée à la santé, permettant à chacun de financer la complémentaire de son choix et respectant les spécificités de l'assurance de base et des complémentaires. Cette réforme de la CMU vers une aide personnalisée à la santé est-elle à l'ordre du jour ?

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur Préel, vous posez en fait quatre questions.

Premièrement, quel est le coût réel d'une complémentaire ? Ce coût s'élève, pour 2003, à 314 euros pour les bénéficiaires de la CMUC gérés par les caisses primaires d'assurance maladie et les organismes des régimes obligatoires. Il ne s'élève qu'à 285 euros pour les bénéficiaires gérés par les organismes complémentaires. Le montant de 300 euros proposé par le Gouvernement est donc très réaliste et correspond au coût possible d'une prise en charge au titre de la CMUC.

Deuxièmement, les caisses d'assurance maladie financent-elles la CMUC au nom de l'Etat ? Oui, les caisses agissent bien au nom de l'Etat. A ce titre, elles participent toutes au dispositif et elles continuent donc à exercer leur mission de service public d'accueil de l'ensemble des bénéficiaires de la CMUC qui le souhaitent. Ce faisant, je l'ai dit, service public et bonne gestion se concilient, et les caisses doivent être incitées à gérer de façon plus active les dépenses des bénéficiaires dont elle ont la charge.

Dès lors, pourquoi transférer 128 millions d'euros ? Le passage au forfait représente bien pour les organismes de base un coût potentiel de l'ordre de 130 millions d'euros.

L'économie, pour l'Etat, est égale à 130 millions moins 12 millions correspondant au coût de la revalorisation de la déduction pour les organismes complémentaires. Néanmoins, ce coût n'est que potentiel et, par une meilleure gestion du risque de leurs bénéficiaires qui ont besoin d'être accompagnés dans le système de soins, les organismes de base pourront réduire ce coût. Aujourd'hui, je le rappelle, cette gestion du risque est inexistante.

Troisièmement, cette modification préfigure-t-elle une nouvelle répartition entre les régimes de base et les régimes complémentaires ? L'alignement du mode de remboursement des caisses sur celui des organismes complémentaires n'obère en rien les évolutions de l'assurance maladie qui pourraient intervenir à la suite des travaux du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie. En particulier, aucune charge nouvelle n'est transférée vers les organismes complémentaires par cette mesure. Tout au contraire, nous avons, pour la seconde année consécutive, revalorisé la déduction forfaitaire accordée aux régimes complémentaires qui prennent en charge les bénéficiaires de la CMU complémentaire. Nous n'avons pas non plus modifié le positionnement de la CNAM, qui continue d'assurer la prise en charge des bénéficiaires de la CMU complémentaire pour le compte de l'Etat.

Enfin, l'UDF souhaite l'évolution vers une aide personnalisée à la santé, l'APS. Ainsi que le Premier ministre l'a souligné lors de l'installation du Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie, le Gouvernement réfléchit actuellement à la mise en place de cette aide personnalisée à la santé, mais n'a pas arrêté ses choix quant à sa configuration. Le but est de permettre aux personnes dont les ressources sont modestes mais qui n'ont pas droit à la CMU de bénéficier d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé.

M. Jean-Luc Préel. Je vous remercie, monsieur le ministre.

Mme la présidente. La parole est à M. Rodolphe Thomas.

M. Rodolphe Thomas. Monsieur le ministre, je souhaiterais vous interroger sur l'état des urgences de l'hôpital Avicenne de Bobigny et sur l'avancement du plan de restructuration de cet établissement.

L'Assistance publique - Hôpitaux de Paris a affirmé en 2001 que « la remise à niveau » de l'hôpital Avicenne de Bobigny, en Seine-Saint-Denis, où « un certain nombre de dysfonctionnements ont été constatés », était une de ses « priorités ». Elle a également déclaré qu'une enveloppe de 500 millions de francs avait été dégagée pour effectuer ces travaux concernant à la fois « l'hygiène des locaux, les conditions d'accueil des patients et la rénovation complète des urgences », 45 millions de francs étant prévus pour cette rénovation. La réalisation des travaux du service d'urgence devait être programmée de septembre 2001 à septembre 2002. Toujours selon l'AP-HP, l'encadrement médical du service d'urgence devait aussi être « renforcé pour accroître et assurer la sécurité du service et la qualité des soins vingt-quatre heures sur vingt-quatre ».

Il faut rappeler qu'un rapport de l'agence régionale de l'hospitalisation d'Ile-de-France, faisant suite à une visite en novembre 2000, avait conclu à la non-conformité des urgences et mis en demeure AP-HP de réaliser les aménagements nécessaires au 22 janvier 2001. Cependant, le plan de restructuration des urgences a pris du retard puisque le nouvel accueil ne sera ouvert qu'en avril 2004 et le nouveau service lits qu'en 2005.

Naturellement, on ne peut que se féliciter que ce plan de restructuration ait été mis en œuvre, mais il serait souhaitable, afin d'éviter les dysfonctionnements du service des urgences, d'accélérer l'ouverture du nouveau service lits car, si l'accueil est irréprochable mais que les moyens d'hospitalisation ne suivent pas immédiatement, les problèmes demeureront.

Pour la bonne marche des urgences, il sera également nécessaire de créer deux postes de médecin supplémentaires à l'accueil et neuf postes d'aide-soignante au service lits.

Les urgences de l'hôpital Avicenne ont connu, faute de moyens suffisants, une situation plus que critique lorsqu'affluaient les malades victimes de la canicule. Les urgences sont en première ligne. Ce qui se passe dans ce service est révélateur des besoins de la population de Seine-Saint-Denis. C'est pourquoi il est nécessaire de renforcer ses moyens, tant humains que matériels. Je souhaiterais connaître, monsieur le ministre, vos intentions à ce propos.

Par ailleurs, dans le projet global qui tend à faire de l'hôpital Avicenne un pôle de cancérologie, certains problèmes subsistent. S'il convient de saluer la modernisation engagée par l'État à cette fin, on ne peut malheureusement que regretter l'insuffisance des moyens qui y sont consacrés.

Mme la présidente. Monsieur Thomas, je vous demande de conclure.

M. Rodolphe Thomas. J'en ai presque terminé, madame la présidente.

On se félicite de la rénovation des bâtiments et du service de radiothérapie, mais les équipements de ces services sont très insuffisants pour faire de l'hôpital Avicenne un pôle d'excellence. Alors que tous les hôpitaux européens spécialisés dans le traitement du cancer disposent du système d'imagerie TEP, il n'est pas prévu de l'équiper de cet outil essentiel. Que comptez-vous faire en ce domaine ?

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. La question est vaste et l'exercice difficile.

L'Assistance publique-Hôpitaux de Paris s'est engagée dans un plan de modernisation et de recomposition à la hauteur des enjeux auxquels elle est confrontée. Ce vaste plan concerne l'ensemble des hôpitaux de l'AP-HP ainsi que les établissements administratifs et techniques. Pour l'y aider, une aide financière substantielle lui sera attribuée durant quatre années sous réserve de la réalisation des économies prévues.

En ce qui concerne l'hôpital Avicenne, l'économie demandée est de 1,2 million d'euros. Cette contribution à l'effort collectif représente 1 % du budget de l'établissement. Comme l'a annoncé la directrice générale, elle portera sur les activités administratives, techniques et logistiques et non sur les activités de soins. L'hôpital Avicenne présentera, lors des conférences budgétaires de la fin novembre, son plan spécifique, qui sera ensuite soumis à la validation de la direction générale. C'est aussi lors de ces conférences que l'AP-HP pourra décider l'attribution de postes à des services particuliers comme les urgences.

A propos des urgences, j'entends ici ou là des revendications qui se résument ainsi : nous attendons les crédits, nous attendons les postes. Oui, le Gouvernement s'est engagé sur un plan urgences qui débutera au 1^{er} jan-

vier 2004 avec le budget de 2004. Il est donc inutile de rappeler en octobre, en novembre et – pourquoi pas ? – en décembre qu'on attend toujours les crédits. Ils commenceront d'être délégués dès que le budget pourra être exécuté.

Deuxièmement, un vrai problème se pose à nous de la même façon quelles que soient nos origines politiques : même si nous créons des postes, ils ne seront pas pourvus, car nous souffrons d'une pénurie de médecins. Ainsi, 18 % des postes d'urgentiste ne sont pas pourvus. Monsieur Thomas, à quoi bon demander la création de deux postes supplémentaires s'ils doivent s'ajouter à cette liste ? Il est vrai que vous n'étiez pas là tout à l'heure, et c'est bien normal, quand j'ai annoncé le relèvement du *numerus clausus* et un effort supplémentaire pour la formation des futurs médecins.

La rénovation de l'hôpital Avicenne va naturellement se poursuivre ; elle se traduira par la réalisation au mois de mai 2004 d'un nouveau service d'accueil des urgences, complété fin décembre 2004 par les services d'accueil administratif et de support logistique. Contrairement à ce qui a pu se faire en d'autres temps, ce projet ne restera pas un effet d'annonce, il sera financé dans le cadre du plan Hôpital 2007. Nous avons donc l'assurance qu'il aboutira.

Enfin, concernant l'installation de Tep-Scan, la direction générale a souhaité que, dans un premier temps, chacun des quatre groupements hospitaliers universitaires soit équipé, afin d'évaluer leur utilisation avant d'en étendre l'usage. Cela n'enlève absolument rien à la spécificité de l'hôpital Avicenne dans le domaine de la cancérologie.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour une seconde question.

M. Jean-Luc Prével. Je vous poserai cette question, monsieur le ministre, au nom de Francis Vercamer, qui n'a pu être présent ce soir.

Vous savez que, dans certaines régions, derrière la fracture économique ou sociale, se profile inexorablement une fracture sanitaire. C'est tout particulièrement dans les agglomérations connaissant un taux de chômage exponentiel depuis des années que les indicateurs de santé, notamment l'espérance de vie, témoignent de ce retard sanitaire. Les facteurs de risque y sont très élevés, et l'analyse des indicateurs de santé fait apparaître de lourds problèmes, comme la surmortalité par pathologies cardiovasculaires et cancéreuses ; la consommation excessive d'alcool et de tabac ; des troubles graves autour de la naissance ; la surconsommation de substances psychoactives, licites ou non ; les pathologies psychiatriques et les suicides, en particulier chez les jeunes ; les maladies résultant de l'insalubrité, comme le saturnisme ; les pathologies liées à la pollution, à la malnutrition, à la maltraitance, à l'isolement, à la souffrance psychique et à la dépendance.

Parallèlement, ces régions connaissent une offre de soins déficitaire par manque de professionnels médicaux et paramédicaux. A titre d'exemple, il manquerait dans la région Nord - Pas-de-Calais plus de 4 000 infirmiers et infirmières, et plus de 1 800 médecins spécialistes pour atteindre un ratio de professionnels par habitant équivalent à la moyenne nationale, et ce sans tenir compte des facteurs de risques aggravés.

Cette situation risque d'empirer, compte tenu des perspectives d'évolution de la démographie médicale, du peu d'attrait pour les carrières paramédicales et de la faible

attractivité de certains territoires. Sont-ils condamnés à manquer d'infirmières, de médecins et surtout de spécialistes en cardiologie, néphrologie, médecine interne, pneumologie ? Ce phénomène est d'autant plus inquiétant qu'il frappe aussi bien le secteur libéral que le secteur public.

Certes, divers dispositifs ont été mis en place dans le Nord-Pas-de-Calais afin de combattre les inégalités notoires et de développer les solidarités. Je pense en particulier à la dotation de solidarité urbaine, aux zones franches, aux zones d'éducation prioritaires. Mais n'est-il pas temps, monsieur le ministre, de créer, dans le même esprit, et sur la base géographique des bassins d'emploi en grande difficulté, des territoires de santé prioritaires ? Ces derniers bénéficieraient d'objectifs définis sur la base de critères médicaux, sanitaires, sociaux et économiques, et de moyens financiers à la hauteur des problèmes observés, qui auraient le mérite de renforcer leur attractivité aux yeux des professionnels de santé.

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le député, la situation des zones géographiques où se conjuguent morbidité, en particulier pour certaines pathologies, et déficit de professionnels de santé, est une de mes préoccupations majeures depuis mon arrivée au ministère, et j'ai déjà engagé un certain nombre d'actions très concrètes pour y remédier.

Les morbidités ont été prises en compte dans le projet de loi de santé publique. J'ai souhaité qu'il y ait, à côté de la déclinaison du programme national de santé publique, une spécificité régionale en fonction de la morbidité locale.

Les inégalités de santé ont été mises en évidence par le Haut comité de la santé publique dans son rapport de 2002, au moyen des cartographies de l'INSERM établies à partir des données de mortalité. Le Haut comité a bien montré que des différences inacceptables persistaient entre les régions françaises, et parfois même à l'échelle infrarégionale. Ces travaux ont servi de base à la définition des 100 objectifs de santé publique qui figurent dans le rapport annexé au projet de loi qui a été transmis au Sénat. Ces objectifs ont naturellement pour vocation d'être déclinés au niveau régional et au niveau territorial.

J'ai déjà partiellement répondu sur les zones dites sous-médicalisées. Je confirme qu'un décret est à la signature pour définir les caractères et la localisation de ces zones. Elles feront l'objet de trois types d'incitations à l'installation des professionnels de santé, notamment, mais pas seulement, des médecins : d'abord des incitations à l'initiative des collectivités territoriales, qui seront autorisées à intervenir ; ensuite, des mécanismes de convention entre caisses d'assurance maladie et professionnels, de manière à faciliter le travail de ces derniers ; enfin, des interventions de l'Etat. Comme cela a été acté au cours du dernier CIADT au mois de septembre, l'Etat ira jusqu'à une aide de 10 000 euros par an pendant cinq ans. Par ailleurs, le professionnel pourra être dispensé de la taxe professionnelle après un vote de la collectivité territoriale. Tout doit être fait pour que, en tout point du territoire français, les citoyens aient accès à la santé dans d'égales conditions. Telle doit être pour nous la préoccupation essentielle.

Vous voyez, monsieur Prél, qu'en mariant les remèdes à apporter aux difficultés sanitaires spécifiques de telle région et ceux qu'appelle la sous-médicalisation, on

répond aux deux questions que vous avez soulevées, ainsi, la notion de territoire de santé prioritaire se dégagera d'elle-même.

Mme la présidente. Nous en revenons aux questions du groupe socialiste.

La parole est à M. Patrick Bloche.

M. Patrick Bloche. Monsieur le ministre, le centre hospitalier national ophtalmologique des Quinze-Vingts est le premier centre français de traitement des pathologies ophtalmologiques. Une attractivité exceptionnelle et une forte technicité le distinguent naturellement des autres établissements de soins.

Dans un contexte difficile, les Quinze-Vingts ont su faire preuve d'une capacité réelle d'adaptation aux besoins de la population, répondant ainsi à leur mission d'hôpital de proximité et à leur vocation nationale. La mise en place de l'hospitalisation de semaine, le développement de la chirurgie ambulatoire et l'installation d'un nouveau système hospitalier d'information participent à l'amélioration de la prise en charge du patient.

De plus, le renouvellement des quatre chefferies de service, confiées à des universitaires praticiens hospitaliers reconnus au plan international, et le développement de la recherche clinique confèrent aux Quinze-Vingts une véritable assise hospitalo-universitaire.

Une convention passée en 1997 entre l'établissement, l'AP-HP et l'université de Paris-VI prévoit le transfert progressif vers les Quinze-Vingts de l'ensemble des services ophtalmologiques hors consultation des quatre grands hôpitaux de l'Est parisien : Saint-Antoine, Tenon, Trousseau et Rothschild.

Le personnel hospitalier a de plus en plus de mal à faire face à l'activité croissante d'accueil des urgences – 34 000 passages en 2002 ! – et des consultations : plus de 500 par jour, avec six mois d'attente pour obtenir un rendez-vous.

Or ces changements n'ont donné lieu à aucune mesure financière d'accompagnement de la part des autorités de tutelle ou de l'AP-HP par transfert de crédits. Dans une lettre qui vous a été adressée, monsieur le ministre, le président du conseil d'administration et la directrice de l'établissement vous ont fait part de ces problèmes budgétaires et ont sollicité, à titre exceptionnel, une aide à hauteur de 1,5 million d'euros.

Ces graves difficultés financières trouvent pour une bonne part leur origine dans la mauvaise prise en compte de la mono-spécificité des Quinze-Vingts dans le calcul du point ISA. La procédure actuelle de financement des établissements de santé ne peut pas refléter fidèlement l'ensemble de l'activité d'un tel centre hospitalier.

Il nous paraît donc indispensable de sortir les Quinze-Vingts de la logique de régionalisation de l'allocation des ressources, d'autant que les autorités de tutelle, et en particulier l'ARH d'Ile-de-France, ne semblent pas avoir les moyens d'évaluation budgétaire adaptés à l'ophtalmologie.

Monsieur le ministre, c'est en ma qualité de représentant de l'Assemblée depuis 1997 au conseil d'administration des Quinze-Vingts que je vous interroge. Face à un budget en parfaite inadéquation avec la mono-activité de l'établissement et à l'absence de prise en compte de ses singularités, que pouvez-vous nous proposer pour permettre à ce centre hospitalier national d'exercer dans des conditions satisfaisantes sa mission de soins ?

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur Bloche, vous êtes naturellement en droit de me poser une question aussi précise sur l'hôpital des Quinze-Vingts. Je sais bien que cela fait partie du jeu parlementaire. Mais si vous espériez de moi une réponse circonstanciée, vous auriez pu me transmettre le texte de la question et j'aurais probablement été plus précis que je ne vais l'être. Mais rassurez-vous, je m'engage à vous faire parvenir une réponse écrite beaucoup plus détaillée.

M. Patrick Bloche. On ne m'a pas demandé la question, sinon je vous l'aurais communiquée bien volontiers.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Il se trouve que je connais très bien l'hôpital des Quinze-Vingts et que j'ai reçu, au moins à trois reprises, le président du conseil d'administration. Je dois vous dire d'ailleurs, avec une certaine malice, que c'est au regard de la gestion des Quinze-Vingts que j'ai pu me demander s'il était vraiment nécessaire que le président du conseil d'administration d'un hôpital soit toujours le maire de la commune ou un élu. Car voilà un exemple où, bien que cette condition ne soit pas remplie, l'hôpital est remarquablement géré.

M. Patrick Bloche. Je suis d'accord.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Deuxième point, c'est un hôpital très particulier à la fois quant à son mode de gestion et d'organisation et à la spécificité de sa cible. A ma connaissance, il n'y a que trois hôpitaux à Paris qui assurent cette garde ophtalmologique : la fondation Rothschild, l'Hôtel-Dieu et les Quinze-Vingts.

Il est évidemment souhaitable que, pour des économies de plateaux techniques, mais également pour la mutualisation des compétences et la sécurité des patients - et il m'est arrivé d'en envoyer dans cette structure -, on essaie de concentrer les malades ophtalmologiques sur les services et les hôpitaux les plus performants.

Dans cet esprit, je suis très attentif au devenir des Quinze-Vingts. Sachez que j'ai d'ores et déjà apporté un début de réponse en accordant 150 000 euros supplémentaires en subvention de base. Par ailleurs, l'avenir des Quinze-Vingts repose sur la tarification à l'activité, qui permettra à l'hôpital d'élaborer un budget correspondant à ce qu'il fait exactement. J'ai un seul regret - le premier de nous deux qui verra le président du conseil d'administration le lui dira : je déplore que l'hôpital des Quinze-Vingts n'ait pas été candidat à l'expérimentation pour la TAA l'année dernière, car il aurait pris une longueur d'avance.

Cela étant, et pour ne pas être trop long, sachez que j'admire le travail qui se fait dans cet établissement et que je mettrai tout en œuvre pour lui permettre d'accueillir les patients dans les meilleures conditions possibles.

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Terrasse.

M. Pascal Terrasse. Permettez-moi, monsieur le ministre, madame la secrétaire d'Etat, de vous donner lecture de la question de M. Henri Sicre, retenu ce soir :

« C'est la colère et l'indignation qui motivent mon intervention d'aujourd'hui. Je tiens à vous informer de la situation catastrophique dans laquelle se trouve le secteur médico-social de la région Languedoc-Roussillon. Cet état de fait impose aux familles des conditions de vie inacceptables, sans parler des inégalités flagrantes que subissent les personnes habitant en milieu rural.

« Vous n'êtes pas sans savoir en effet qu'en 2002, il manquait à la région Languedoc-Roussillon 1 778 places pour les enfants inadaptés, dont 1 289 en établissement et 489 en SSSAD, ainsi que 965 places en MAS et en foyers occupationnels pour les adultes handicapés, et 1 190 places en CAT.

« Ce manque de places est parfaitement identifiable. Il est dû à plusieurs facteurs : les progrès de la médecine, qui permettent aujourd'hui de sauver de nombreux enfants à la naissance, mais souvent avec des séquelles physiques ou mentales, ou encore l'augmentation de la longévité des handicapés, notamment ceux qui souffrent d'un handicap lourd. Ces deux premières raisons sont tout à l'honneur de la médecine. Mais la troisième est certainement spécifique à notre région, puisqu'elle concerne le fort taux de migration des populations. Ces évolutions sont considérables depuis le début des années 90. Mais, malgré la connaissance de ces faits, les moyens n'ont pas été augmentés. Et aujourd'hui, les familles concernées vivent dans une détresse grandissante qui n'est pas tolérable. »

M. Sicre, dont je ne lirai pas la question *in extenso*, vous demande donc quelles mesures vous comptez prendre pour remédier à ce manque de places.

A ce propos, je me référerai à l'excellent rapport de Gérard Bapt, qui met en évidence que le bilan des créations de places en maison d'accueil spécialisée ou en foyer d'accueil médicalisé devrait être aujourd'hui de 5 960 places installées. Or la différence est grande entre les places financées et les places réellement installées sur le plan national. Ainsi, pour les MAS, il aurait dû y avoir 2 501 places - financées d'ailleurs par la loi que nous avons votée l'année passée - alors qu'à ce jour, nous n'en comptons que 935 installées. De la même manière, pour les FAM, 3 016 places ont été financées par la précédente loi mais 1 342 seulement sont installées. Bref, nous votons ici des lois, et ensuite, par le jeu des gels de crédits, les places ne sont pas mobilisées.

Aussi, je voudrais savoir si les 5 960 places en FAM et en MAS, dont nous avons décidé la création l'an passé, seront effectivement affectées aux régions. Et qu'en sera-t-il des commissions administratives régionales présidées par les préfets de région ? On peut toujours passer des heures à discuter dans cette enceinte mais si les mots ne trouvent pas de traduction concrète sur le terrain, cela ne sert à rien. C'est précisément le reproche qu'on adresse aujourd'hui à ce gouvernement.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Je ferai la même remarque que M. Mattei pour la précédente question. Si vous m'aviez communiqué au préalable votre question, j'aurais pu vous répondre de manière plus précise. En l'occurrence, je rappellerai simplement qu'en 2003 nous avons doublé, sur le plan national, le nombre de nouvelles places en CAT, en MAS et en FAM.

M. Pascal Terrasse. Et sur le terrain ?

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. J'y viens, monsieur le député. Mais ainsi que je l'ai déjà indiqué, il est évidemment plus facile de créer des places en CAT, surtout quand il s'agit de compléter des programmes, que de faire sortir de terre de nouvelles structures. Les MAS et les FAM sont en voie de construction. Ils ont été budgétés sur l'année 2003 et je vous confirme que 2 200 places supplémentaires seront créées. Cela

étant, il ne suffit pas de voter ces créations. Il faut ensuite combattre une résistance naturelle et normale sur le terrain et cela ne se fait pas du jour au lendemain. Certes, ce doublement du nombre de places ne résoudra pas tous les problèmes, j'en conviens, mais nous ne pouvons pas rattraper tout le retard pris en un an ou deux.

Au-delà de cet effort national, un effort particulier a été consenti pour certaines régions particulièrement défavorisées, au premier rang desquelles se trouvent le Nord - Pas-de-Calais, le Languedoc-Roussillon. Et je répondrai par écrit à M. Sicre de manière précise sur le département des Pyrénées-Orientales.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Claude Bois.

M. Jean-Claude Bois. Monsieur le ministre, vous avez annoncé un plan pour l'hôpital et des plans régionaux d'investissement, destinés à accompagner certains établissements de santé qui connaissent un besoin de financement particulier au regard de l'évolution de leur activité ou de leurs projets d'investissement. Ces plans semblent cependant avoir oublié les réalités socio-économiques spécifiques à chaque région. Cette exigence aurait pourtant permis d'assurer l'égalité d'accès à des soins de qualité sur l'ensemble du territoire.

Quant au projet de loi de décentralisation, les transferts de compétences déboucheront inévitablement sur une inégalité de traitement d'une région à l'autre si la solidarité nationale n'est plus à l'ordre du jour. Dans le cadre de ces moyens nouveaux, le centre hospitalier de Lens, par exemple – l'un des hôpitaux majeurs du Nord - Pas-de-Calais –, subit une cure d'austérité, à l'inverse de ceux d'Arras, de Douai et de Béthune, ce qui dénote de la part de l'Etat, en dépit du rôle assigné à l'ARH, un défaut de traitement pour régler les problèmes locaux d'aménagement du territoire dans le secteur sanitaire.

La modernisation de cet hôpital public, qui connaît des problèmes d'obsolescence de sa structure majeure, a été ignorée dans le plan Hôpital 2007. Or le centre hospitalier de Lens, qui est au service d'une population de 400 000 habitants, doit faire face à de multiples problèmes de santé dus à un contexte de forte précarisation sociale.

Monsieur le ministre, pourquoi les critères mis en place dans le cadre du plan Hôpital 2007 ne prennent-ils pas en compte la réalité des difficultés des populations des secteurs sanitaires et celle du travail des acteurs de la santé sur le terrain ? Quels moyens comptez-vous accorder au centre hospitalier de Lens pour que sa modernisation soit poursuivie ?

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le député, le centre hospitalier de Lens est un établissement pivot de référence, qui a vocation à structurer l'offre de soins hospitaliers du Pas-de-Calais en liaison avec les centres hospitaliers de Béthune et d'Arras, et le centre hospitalier régional universitaire de Lille pour les soins de recours. Mais votre question me surprend car lorsque nous avons amorcé le plan Hôpital 2007, il n'y avait aucun plan directeur à l'hôpital de Lens. C'est à la demande de l'ARH que s'est engagé un travail pour savoir comment l'hôpital devait se reconstruire. Or nous ne pouvons pas répondre à des besoins qui ne reposent pas sur un dossier clairement établi.

Néanmoins, parce qu'il s'agit d'un bassin de population important et d'une population en difficulté, au titre du soutien que l'on doit à cet hôpital, le centre hospitalier de Lens bénéficie, depuis plusieurs années, d'une dotation budgétaire supérieure à la moyenne nationale ou régionale : 5,45 % contre 4,96 % en 2003.

Enfin, et comme je l'ai dit pour d'autres hôpitaux, avec la tarification à l'activité, le centre hospitalier de Lens continuera à bénéficier directement de la péréquation, puisque son niveau de coût lui permettra de tirer profit du nouveau modèle d'allocation budgétaire.

Je vous invite donc, monsieur le député, à vous rapprocher de la direction de l'hôpital, de la présidence de la commission médicale d'établissement, voire du directeur de l'agence régionale d'hospitalisation, car, je vous l'assure, la situation que vous décrivez n'est pas de notre fait.

Mme la présidente. Nous en revenons aux questions du groupe UMP.

La parole est à M. Henri Cuq.

M. Henri Cuq. Ma question d'adresse à Mme Boisseau.

Madame la secrétaire d'Etat, si l'action en faveur des handicapés est impulsée par le Gouvernement, ce sont les associations et les syndicats qui se battent sur le terrain pour promouvoir des projets naturellement tributaires des agréments et des financements requis.

A cet égard, je voudrais vous parler d'un projet que vous connaissez bien, puisque vous avez déjà reçu le président du syndicat intercommunal des établissements pour handicapés du Val-de-Seine, qui est totalement dévoué à la cause des handicapés depuis une trentaine d'années. Ce syndicat envisage donc la création d'une nouvelle maison d'accueil spécialisée de quarante-huit places. Or bien, que ce projet ait reçu l'accord du préfet de région, en juin 2002, et en dépit des souhaits exprimés fréquemment par le président du syndicat, que je n'ai pas manqué de relayer, nous n'avons pu, à ce jour, obtenir de réponse précise quant au déblocage des crédits provisionnés, ...

M. Pascal Terrasse. Et voilà !

M. Henri Cuq. ... qui s'élève à plus de 700 000 euros, soit 5 millions de francs, et qui sont évidemment indispensables à la réalisation de ce projet.

Je sais pourtant que vos services ont suivi ce dossier de très près. Vous-même l'avez examiné personnellement, puisque vous avez reçu le président du syndicat intercommunal. Madame la secrétaire d'Etat, pourriez-vous me dire si ce projet va enfin se concrétiser et si les crédits nécessaires seront débloqués ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Effectivement, monsieur le député, le syndicat intercommunal d'établissement pour handicapés du Val-de-Seine, qui est une formule originale, projette la construction d'une maison d'accueil spécialisée à Limay, dans les Yvelines, susceptible d'accueillir quarante-huit personnes handicapées. Pour ce projet, qui a bénéficié d'un avis favorable du CROSS d'Ile-de-France en 2002, le syndicat intercommunal a en effet sollicité, au titre du contrat de plan Etat-région, une subvention de l'Etat à hauteur de 768 343 euros. Eh bien, compte tenu de l'ensemble des opérations à financer au titre du contrat de plan et de l'avancement inégal de chacune d'elles, l'administration

centrale a accepté la proposition de la DDASS des Yvelines de financer dès cette année l'opération de Limay, par substitution à une autre opération qui n'est pas prête. J'ai donc le plaisir, monsieur le député, de vous annoncer que l'ordonnance comptable relative à l'autorisation de programme a été visée par le contrôleur financier vendredi dernier...

M. Pascal Terrasse. Quelle chance !

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. ... et devrait parvenir au préfet de région avant la fin du mois. *(Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.)*

Mme la présidente. Voilà un député heureux ! *(Sourires.)*

M. Pascal Terrasse. J'espère qu'il en ira de même pour nous l'année prochaine, madame la secrétaire d'Etat ! Il ne peut pas y avoir deux poids et deux mesures !

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Pierre Decool.

M. Jean-Pierre Decool. Madame la secrétaire d'Etat, l'année 2003 est l'année européenne des personnes handicapées, et le Président de la République a fait de leur intégration l'un des trois chantiers de son quinquennat. L'objectif du projet de loi de finances pour 2004 est donc d'assurer leur intégration pleine et entière dans la société, de l'école à la vie professionnelle. Cette action passe également par un accueil de qualité des personnes handicapées dans les établissements spécialisés, que ce soit pour les enfants ou pour les adultes. Or, le département du Nord ne dispose pas d'un nombre suffisant de places dans ces établissements.

Pour 2003, le plan pluriannuel de création de places pour adultes et les mesures du plan triennal en faveur des personnes handicapées ont été renforcés. Ainsi l'enveloppe du plan triennal permettra-t-elle dans le Nord la création de 263 places supplémentaires en 2003. Cette avancée reste néanmoins insuffisante. Et de nombreux parents continuent à confier leurs enfants à des établissements spécialisés conventionnés en Belgique. Malgré une offre importante de soins et de prestations de qualité dans ce pays, et une potentialité de prise en charge, cette solution apporte cependant des désagréments en termes de transport d'autant que les frais en la matière ne sont remboursés qu'à titre dérogatoire et à condition que le centre soit un établissement médical. La France doit donc se doter d'établissements de qualité en nombre suffisant.

Madame la secrétaire d'Etat, ma question sera simple. Quels seront les crédits affectés à la création de places supplémentaires pour 2004 à l'échelon national et dans le département du Nord en particulier ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Monsieur le député, le Nord - Pas-de-Calais, comme le Languedoc-Roussillon, l'Île-de-France ou la région PACA, fait partie des régions défavorisées en matière d'équipements médico-sociaux pour les personnes handicapées.

M. Jean-Louis Dumont. Lorsqu'il s'agit de régions frontalières, c'est d'autant plus grave !

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. C'est pourquoi une politique que je qualifierai de préférentielle a été instaurée en 2003 en faveur de ces régions : doublement des places en maison d'accueil spé-

cialisée, doublement des places en CAT, intégration scolaire plus poussée, de manière à libérer des places dans les IME au bénéfice des enfants plus lourdement handicapés.

Afin de bien mettre en relief cette politique préférentielle, je rappellerai, monsieur le député, que le département du Nord avait bénéficié en 2002 de trente-neuf places de CAT et en a obtenu 156 en 2003. Les places médicalisées MAS, FAM et institut médico-éducatif, qui s'élevaient à 95 en 2002, ont été portées à 204 en 2003. Il s'agit là d'un progrès considérable, même si, j'en conviens, il reste des besoins non satisfaits, si bien que des enfants doivent encore être scolarisés en Belgique. Mais une année ne suffit pas pour rattraper le retard.

S'agissant de 2004, si vous votez, comme je le souhaite, le présent budget de la santé, de la famille et des personnes handicapées ce soir, le contexte national sera le même : 3 000 places seront encore créées en CAT et 2 200 en maison d'accueil spécialisé et en foyer d'accueil médicalisé. Mais la répartition entre les régions de l'enveloppe nationale n'est pas faite à ce jour. Je ne peux donc pas vous répondre précisément. Votre question est en quelque sorte prématurée. Je puis néanmoins d'ores et déjà vous rassurer en vous annonçant qu'en 2004 la région Nord - Pas-de-Calais sera de nouveau privilégiée afin de permettre de rattraper un peu son retard.

Mme la présidente. La parole est à M. Alain Ferry.

M. Alain Ferry. Ma question s'adresse à Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées.

Madame la secrétaire d'Etat, le handicap a été trop longtemps le parent pauvre de notre société et de l'action publique. La République, qui a pour valeur l'égalité, ne peut tolérer aucune forme d'exclusion et d'oubli. Peut-on réellement mesurer l'efficacité des politiques publiques sans prendre en compte la nécessité d'intégrer davantage le handicap et de faire des handicapés des citoyens à part entière ? Le budget doit être le reflet d'une efficacité retrouvée et je me félicite qu'il en soit ainsi.

Pour ma part, j'ai choisi d'aborder le problème de l'emploi. En effet, 26 % des personnes handicapées sont sans emploi. Cette situation est intolérable et prouve que beaucoup reste à faire.

L'emploi, c'est l'intégration, l'épanouissement, la reconnaissance et la considération. Toutefois, nombreuses sont les personnes handicapées salariées à temps partiel dans une entreprise qui ne vivent pas décemment et connaissent toujours la précarité sociale et financière. Leur situation est fragile et peu stable. C'est donc sur ce point que je voudrais apporter un éclairage et vous faire part de ma proposition, c'est-à-dire étendre le paiement de l'allocation adulte handicapé aux personnes détentrices d'un contrat à temps partiel, notamment lorsque le salaire est équivalent ou inférieur au SMIC, durant toute la durée du contrat maintenu à ce niveau de salaire. Il s'agit non seulement de favoriser l'intégration et l'insertion sociale de la personne handicapée mais aussi, grâce à des revenus suffisants, de lui permettre de mieux aménager son logement en fonction de son handicap ou d'améliorer ses déplacements quotidiens.

Parce que le droit au travail et à la formation doit être défendu pour les personnes handicapées, l'Etat doit être partenaire de l'insertion sociale par l'emploi en ayant le souci de garantir un revenu minimum et suffisant aux personnes handicapées. L'extension de l'allocation adulte handicapé est un moyen d'y parvenir. Je vous interroge donc sur la pertinence d'une telle mesure.

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Monsieur le député, contrairement à une idée répandue, l'allocation adulte handicapé est en elle-même un minimum social très incitatif à l'activité en raison de son mode de calcul, qui prend pour base le revenu net catégoriel de la personne, moins 10 %, puis moins 20 % de son revenu brut.

Toutefois, cet avantage, j'en conviens, est fortement réduit, voire annihilé pour les personnes qui ont des revenus d'activité bas et qui bénéficient par ailleurs du complément d'AAH, c'est-à-dire 92,47 euros par mois. En effet, une personne, avec un emploi à temps partiel, qui touche par exemple un quart du SMIC, soit 238 euros mensuels, et perçoit le complément d'AAH bénéficie d'un cumul extrêmement réduit, puisque le gain est de l'ordre de 6,6 euros si mes calculs sont justes. En réalité, elle perd totalement le bénéfice de son activité.

C'est la raison pour laquelle nous avons entamé, dans le cadre de la réforme de la loi du 30 juin 1975, une réflexion visant, d'une part, à transformer le complément d'AAH en un élément du droit à compensation et, d'autre part, à prévoir des modalités de cumul simplement incitatives pour les personnes qui souhaitent travailler, ne serait-ce qu'à temps partiel. Le travail est un facteur essentiel d'intégration dans la société, particulièrement pour les personnes handicapées. Il doit être encouragé par des formules extrêmement souples, avec un régime de temps souvent très partiel. Mais l'encouragement suppose aussi une reconnaissance financière. Il faut que la personne handicapée ait un intérêt financier à travailler. Je vous promets que nous ferons des propositions en ce sens dans la loi de 2004.

Mme la présidente. Nous en revenons aux questions du groupe socialiste.

La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. En l'absence de M. Claeys, je souhaite, monsieur le ministre, attirer votre attention sur les difficultés de la profession de diététicien et de diététicienne. L'obésité va devenir un problème majeur de santé publique dans les années qui viennent. C'est une épidémie prévisible à laquelle il faut donc d'ores et déjà se préparer.

Le plan national « santé-nutrition » avait prévu, sur cinq ans, la création de 800 places de diététicien et diététicienne en milieu hospitalier. Ce plan est en cours d'exécution mais la profession est inquiète de constater qu'à ce jour quarante places seulement, soit 5 % des prévisions, ont été créées.

Par ailleurs, et c'est un second motif d'inquiétude, la profession de diététicien semble être exclue du tronc commun de la première année des études médicales que vous envisagez de créer dans le cadre de la réforme que vous avez programmée. Elle serait la seule profession paramédicale dans ce cas. Or, je le rappelle, l'obésité est un problème grave, puisque l'on peut penser que dans les dix ans qui viennent le nombre d'adolescents obèses va doubler en France, les prédisposant à un certain nombre d'affections chroniques. Je souhaite donc, monsieur le ministre, que vous attachiez une attention particulière à cette dimension importante de l'intervention de la profession de diététicien.

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. La question posée par M. Gérard Bapt est importante. Je comprends le souci de cette profession et je dois dire que j'ai moi-même été surpris

d'observer qu'elle ne figurait pas dans le groupe de quatorze professions médicales et paramédicales qui seraient admises dans la première année d'étude commune. Mais cela s'explique par une raison très simple, que je ne connaissais pas : elle ne fait tout simplement pas partie des professions réglementées par le code de la santé publique. La question qui se pose aujourd'hui est donc celle de savoir dans quelles conditions elle pourrait relever de ce code, afin d'être reconnue comme une profession paramédicale à part entière. En effet, la commission présidée par le professeur Debouzie et consacrée à la réforme de la première année des études de médecine, a choisi d'examiner les seules professions réglementées par ce code. C'est la seule réponse que je puisse vous faire. Je précise qu'une autre profession a été exclue pour les mêmes raisons. Nous assimilons ces deux professions à des professions paramédicales, mais elles ne sont pas régies par le code de la santé publique.

Vous pouvez donc répondre aux professionnels et aux responsables qui vous ont saisi de ce problème – mais nous les recevons également – que nous allons examiner les conditions dans lesquelles elles pourraient être régies par le code de la santé publique. Une fois cette condition remplie, je ne vois que des avantages à recruter des diététiciens et des diététiciennes, d'autant plus que, comme vous le savez, le doyen Berland a rédigé, à ma demande, un deuxième rapport sur l'élargissement des champs de compétence des professions paramédicales. Or les diététiciens et diététiciennes sont appelés à remplir, par nature, la fonction d'auxiliaires des nutritionnistes, des diabéto-logues, des spécialistes de l'obésité ou des maladies métaboliques d'une façon générale. Il ne s'agit donc pas d'une mise à l'écart. Nous avons été surpris de constater que cette profession ne faisait pas partie du champ examiné et nous allons tenter de remédier à cette situation.

Mme la présidente. La parole est à M. Jean-Louis Dumont.

M. Jean-Louis Dumont. Madame la présidente, j'aurais souhaité m'adresser directement au ministre délégué à la famille, mais je pense que l'une ou l'autre des ministres présents pourra me répondre. Je souhaite m'exprimer sur le rôle d'incitation, de contrôle, de tutelle qu'exerce le Gouvernement et sur les actions que celui-ci va pouvoir mener dans le prolongement de la conférence de la famille et des volontés affichées dans ce domaine, en particulier dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004.

L'action familiale, en particulier à destination de la petite enfance, est un élément essentiel. Qu'il s'agisse d'une famille dont les parents sont en couple, d'une famille monoparentale, voire d'une famille recomposée, chacun sait combien l'action de la technicienne d'intervention sociale et familiale peut être déterminante dans la conduite d'une politique de maintien à domicile des enfants, de soutien pédagogique et éducatif. Mais, au-delà, pour la mère de famille ou le couple qui travaille, le choix du mode de garde des enfants est tout à fait différent selon qu'ils optent pour l'emploi à domicile – qui nous a occupés lors de l'examen de la première partie du projet de loi de finances 2004, mais nous en avons déjà longuement discuté dans le cadre des lois de finances antérieures –, pour une assistante maternelle ou pour la crèche parentale ou la crèche collective, laquelle peut être municipale ou associative.

Madame la secrétaire d'Etat, monsieur le ministre, c'est sur une décision de la Caisse nationale d'allocations familiales et ses retombées que je souhaiterais plus précisé-

ment vous interroger. En effet, à compter du 1^{er} janvier 2004, le coût d'une journée de garde d'enfant en crèche devra être partagé en trois : le premier tiers, maximum, sera à la charge de la famille, le deuxième sera versé sous forme d'aides et de subventions à la famille par la Caisse d'allocations familiales du département et le troisième tiers restera à la charge des partenaires publics ou privés. Dès lors, quand le maire d'une commune refuse de conventionner une structure, comme le souhaite la Caisse d'allocations familiales, que reste-t-il à l'institution qui n'est pas municipale, mais associative, et qui fonctionne depuis des décennies, en donnant satisfaction, en accueillant des enfants, en les sécurisant, en les socialisant...

Mme la présidente. Monsieur Dumont, je vous demande d'aller vers votre question.

M. Jean-Louis Dumont. J'y vais d'un pas alerte et vif, madame la présidente ! (*Sourires.*) Mais la question est très importante. Lorsque le maire qui refuse le conventionnement de la crèche est aussi président d'un centre hospitalier, mais considère que l'augmentation d'une plage d'ouverture de la crèche à destination des personnels du centre hospitalier n'est pas convenable, lorsque ce maire est aussi un ancien militaire mais ignore que le régiment de la place a réfléchi au mode de garde des enfants dans le cadre de la professionnalisation des armées et de la féminisation des troupes, que faire ?

Monsieur le ministre, madame la secrétaire d'Etat, accepterez-vous qu'une crèche, qui existe depuis des décennies, ferme parce qu'un élu considère que signer le conventionnement qui permettra le bon fonctionnement de cette crèche, c'est tout simplement déroger à l'égalité de traitement des familles ? J'ai écrit à différents ministres à ce propos et j'attends de vous, non seulement un soutien moral, mais aussi la réaffirmation qu'une vraie politique de garde des enfants passe aussi par la crèche collective, associative, qui n'a rien à se reprocher, sinon d'exister pour que la petite enfance soit bien traitée.

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le député, vous avez fait à la fois la question et la réponse. Vous m'interrogez sur un sujet que, manifestement, vous maîtrisez très bien. Cela dit, j'ai perçu à la toute fin de votre intervention, ce qui vous soucie, à savoir la fermeture éventuelle d'une crèche qui ne bénéficie plus du soutien municipal, à laquelle il manque donc un tiers de financement.

Tout l'objectif de la prestation d'accueil du jeune enfant est de permettre le libre choix du mode de garde par les parents. La politique menée par le Gouvernement dans ce domaine et dont est en charge Christian Jacob - que je vous prie d'excuser, car il représente le ministère de la santé dans le débat sur les prélèvements obligatoires qui se déroule au Sénat - toute notre action, donc, consiste à ne pas privilégier par un choix partisan tel ou tel mode de garde. Les familles doivent pouvoir choisir. C'est la raison pour laquelle, outre la possibilité offerte de la garde à la maison, ou de la garde par une assistante maternelle, nous avons lancé le « plan crèches » : 200 millions d'euros seront ainsi affectés à la création de 20 000 places à partir du 1^{er} janvier.

M. Jean-Louis Dumont. Il faut que le fonctionnement suive !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Par ailleurs, et je réponds à votre question, il faut trouver à la crèche un partenaire. Une

entreprise ou un établissement public hospitalier, par exemple, peuvent apporter leurs contributions. C'est en tout cas pour favoriser ce type de partenariat que nous avons décidé la création du crédit d'impôt famille pour les entreprises qui souhaitent financer des places de crèches pour leurs salariés. Elles bénéficient alors d'une prise en charge fiscale de 60 % qui s'ajoute aux financements publics existants, mais ne s'y substitue pas. Cette ouverture est une des solutions possibles.

En tout cas, monsieur le député, si vous souhaitez que M. Jacob vous réponde précisément sur le cas que vous venez de citer - nous ne pouvons pas évoquer des cas particuliers, dans le cadre de cette discussion, ...

M. Jean-Louis Dumont. Je n'ai pas précisé de quelle crèche il s'agissait !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. ... je suis sûr qu'il le fera.

Mme la présidente. Nous en revenons aux questions du groupe UMP.

La parole est à M. François Guillaume.

M. François Guillaume. Monsieur le ministre, notre pays est confronté à un vieillissement rapide de sa population, conséquence de l'allongement substantiel de la durée de la vie que permet la qualité de notre système de santé. D'où l'apparition d'un nouveau défi, celui de la gestion de la dépendance, qui appelle des réponses appropriées en termes de prévention, d'assistance et d'accueil.

À l'évidence, la prévention des handicaps et de leur aggravation est directement liée à l'existence de soins de proximité. Or le milieu rural connaît une grave désertification médicale. La création de maisons de santé qui rassembleraient plusieurs professionnels partageant une logistique commune et mutualisant leurs services vous paraît-elle, monsieur le ministre, de nature à répondre à ce déficit ?

Au titre de l'assistance et de l'accueil des personnes âgées, ne conviendrait-il pas de favoriser le maintien à domicile du plus grand nombre pour réserver aux personnes les plus dépendantes l'accès aux maisons de retraite, compte tenu de l'insuffisance des lits répertoriés et des demandes que laisse présager l'accroissement rapide du nombre des plus de quatre-vingt-cinq ans ? Si tel est son choix, le Gouvernement est-il prêt à en tirer les conséquences, c'est-à-dire, premièrement, à soutenir les associations d'aide à domicile et à développer la formation de leur personnel qualifié - infirmières, aides-soignantes et auxiliaires de vie -, formation dont la part du coût prise en charge par les intéressés est actuellement dissuasive, et, deuxièmement, à assurer la médicalisation des maisons de retraite existantes pour qu'elles accueillent en priorité les personnes âgées en grande difficulté ?

Monsieur le ministre, ces orientations sont-elles conformes à celles du plan en faveur des personnes dépendantes que vous avez annoncé ? Ce plan répondra-t-il aux obligations financières, médicales et morales que nous avons envers ces personnes et sera-t-il conforme aux engagements que nous avons pris au début de cette législature ?

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le député, vous avez eu raison d'indiquer, dans votre question, qu'il s'agissait d'un nouveau défi. Si la sécurité sociale était créée aujourd'hui, elle comporterait, à n'en pas douter, une

branche spécifiquement consacrée au risque dépendance. Mais, en 1945, la longévité et la survie des personnes handicapées n'étaient pas telles que le problème de la perte d'autonomie se pose avec la même acuité qu'aujourd'hui. A présent, il nous faut répondre à un nouveau défi et élargir le champ de la protection sociale. C'est l'objectif du plan « Vieillesse et solidarité », qui, selon moi, devrait s'intituler plutôt « Plan de solidarité pour l'autonomie des personnes dépendantes du fait du grand âge ou du handicap ».

Vous m'interrogez plus particulièrement sur les personnes âgées. Le plan proposé, qui est porté par Hubert Falco auprès de François Fillon, vise, premièrement, à améliorer le niveau d'encadrement en créant 13 200 emplois dans les établissements existants, deuxièmement, à créer 10 000 nouvelles places médicalisées d'ici à 2007, soit 1 800 emplois. Ce plan contribuera donc à créer 15 000 emplois. Tout à l'heure, je disais que, pour éviter les critiques, nous aurions pu annoncer 30 000 ou 50 000 créations de postes. Mais 15 000 en quatre ans, cela signifie qu'il faudra former 4 000 personnes par an sans savoir si elles seront volontaires, ni combien de temps durera leur formation. On ne peut donc pas répondre aux besoins au-delà de ces délais, mais ce n'est naturellement qu'un début.

Je précise en outre que ces mesures s'ajoutent à celles qui ont été discutées dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale, notamment l'effort consenti - 300 millions de plus qu'en 2003 - en faveur des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes. Les 6 000 postes de coordonnateurs médicaux seront pourvus par des médecins formés dans le cadre du diplôme d'études spécialisées complémentaires, de la capacité ou de la formation médicale continue. J'indique que ces fonctions de coordonnateurs seront prochainement définies par un texte réglementaire, comme cela avait d'ailleurs été annoncé.

Enfin, la valorisation des acquis de l'expérience devrait être mise en œuvre dès 2004. D'ores et déjà, des groupes de travail réunissant les professions concernées fonctionnent à l'initiative du ministère de la santé. Plusieurs professions paramédicales, notamment les aides-soignantes et les infirmières, ont entrepris d'élaborer des référentiels métiers à partir desquels la valorisation des acquis de l'expérience va se mettre en place. Quant aux régions, elles joueront un rôle croissant dans la formation initiale et continue des professionnels. C'est le cas, dès cette année, des régions frontalières, où certaines infirmières étaient tentées d'aller exercer à l'étranger.

J'ajoute, parce que je connais votre attachement au milieu rural, que les hôpitaux locaux ont un rôle capital à jouer dans l'aménagement du territoire, tant comme premiers relais pour les difficultés médicales que pour l'accueil en moyens et longs séjours des personnes appartenant au bassin de vie. Nous voulons, en effet, développer ce nouveau champ de la protection sociale en faveur des personnes âgées dépendantes.

M. Edouard Landrain. Très bien !

Mme la présidente. La parole est à M. Thierry Mariani.

M. Thierry Mariani. Monsieur le ministre, il est des moments où les découpages administratifs sont dépassés par la réalité des bassins de vie -, je reprends une expression que vous avez employée il y a quelques instants.

J'ai déjà eu l'occasion d'appeler votre attention sur la situation de l'hôpital de Valréas, qui a la particularité d'être situé dans l'Enclave des papes, territoire vaclusien

de la région Provence - Alpes - Côte d'Azur, enclavée dans le département de la Drôme, donc dans la région Rhône-Alpes.

L'hôpital de Valréas a élaboré et adopté son projet d'établissement en étroite collaboration avec l'agence régionale d'hospitalisation de la région PACA. A cet égard, je tiens d'abord à vous remercier, puisque, pour la première fois, le budget de l'établissement ayant été réétudié, lui a été attribuée une dotation budgétaire révisée, plus conforme à son activité.

Toutefois l'instruction du projet d'établissement reste suspendue à une décision relative à l'implantation d'un service de rééducation de quarante lits. Ce service aurait pour objet de répondre à un besoin de santé qui n'est pas couvert dans le département de la Drôme. En effet, un déficit de lits a été identifié en rééducation orthopédique et neurologique, et l'implantation d'un nouveau service dans le sud de la région Rhône-Alpes constitue désormais une priorité retenue par le SROS de cette région.

Ainsi que j'ai déjà eu l'occasion de vous en faire part, l'implantation de cette activité sur Valréas faciliterait grandement le projet d'établissement du centre hospitalier et correspondrait pleinement à la vocation de ce dernier. Surtout, la solution d'implantation à Valréas, compte tenu d'une situation géographique spécifique, présente le double avantage d'être, d'une part, l'une des plus intéressantes sur un plan stratégique, d'autre part, la moins coûteuse, ce qui, par les temps qui courent, n'est pas le moindre des arguments.

L'avantage stratégique d'une implantation de cette activité de rééducation à Valréas, en particulier en termes de coopération entre les différentes structures hospitalières du bassin de santé, a été exposé à vos collaborateurs, ainsi qu'au directeur de l'agence régionale d'hospitalisation de Rhône-Alpes. Ce dernier convient d'ailleurs de l'intérêt que présente la solution de Valréas. En revanche, sa décision est suspendue au vote de l'ONDAM et à l'attribution à la région Rhône-Alpes de l'enveloppe qui lui revient. Ce sera bientôt chose faite.

Dans ces conditions, est-il déraisonnable, monsieur le ministre, d'espérer, à l'issue de l'examen de ce budget 2004, un dénouement favorable à ce projet, sur lequel votre attention a été appelée par moi-même à diverses reprises ?

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le député, vous avez raison de parler de configuration géographique et de découpage, car l'exemple du centre hospitalier de Valréas est assez significatif.

La mise en place, dans le cadre du projet d'établissement de ce centre hospitalier, d'une unité de rééducation répondrait aux besoins du sud de la région Rhône-Alpes. Sur cette zone, qui couvre le sud de la Drôme et l'extrême nord de la région Provence-Alpes-Côte d'Azur, l'hôpital de Montélimar dispose certes de quarante lits de soins de suite, mais dix seulement sont spécialisés en rééducation. L'établissement souhaite, en effet, conserver aux trente autres une orientation gériatrique permettant de fluidifier l'aval des urgences. Parallèlement, l'hôpital de Valréas verra ses activités redistribuées, notamment avec la fermeture du service de chirurgie, ce qui pourrait permettre une reconversion en lits de soins de suite spécialisés en rééducation correspondant aux besoins du sud de la Drôme.

Le financement de cette opération est à l'étude. Un plan de financement sera mis en place dès le premier trimestre de 2004. Le coût prévisionnel de fonctionnement de cette unité étant évalué à 3 millions d'euros, sa mise en œuvre nécessitera – et vous avez eu raison d'évoquer cette difficulté – la combinaison d'apports financiers des ARH des régions Rhône-Alpes et Provence-Alpes-Côte d'Azur, ainsi que le redéploiement de crédits au sein du centre hospitalier de Valréas. Ce financement sera également facilité par le transfert des autorisations et des moyens correspondant aux dix lits de rééducation du centre hospitalier de Montélimar.

J'espère que vous aurez satisfaction et que cet hôpital pourra continuer de rendre de signalés services à la population.

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Péliissard.

M. Jacques Péliissard. Monsieur le ministre, je veux appeler votre attention sur la situation du centre hospitalier général de Lons-le-Saunier, qui affiche au niveau régional des performances exemplaires, tant du point de vue du nombre d'entrées que du taux d'occupation moyen et de la durée moyenne de séjour. Celle-ci est relativement réduite, mais l'exercice budgétaire pour 2004 laisse envisager d'importantes difficultés pour s'en tenir aux dépenses inscrites.

Cette remarque est particulièrement valable pour les dépenses de personnel, avec la mise en place des 35 heures qui, pour cet établissement comme pour les autres établissements hospitaliers, s'est traduite par une contraction du temps-agent mis à disposition des soins et de la logistique. Cette situation est vécue de façon difficile dans un établissement où l'occupation des lits est maximale, s'agissant en particulier de la médecine, des soins de suite et des unités de longue durée. Un rebasage des dépenses de personnel s'avère donc nécessaire pour permettre d'assumer cette situation.

Elle vaut également pour les dépenses à caractère médical et pour les dépenses du groupe III, les dépenses hôtelières et générales, qui augmentent à un rythme très rapide, en particulier à cause de l'accroissement des primes d'assurance, du coût de l'élimination des déchets, exemplaire au niveau du département, de la nécessité de développer le système d'information. En effet, ce groupe de dépenses n'a pas fait l'objet d'une revalorisation budgétaire, même s'il convient de souligner que la tutelle a assumé des efforts financiers en 2003 pour des charges nouvelles. Je pense en particulier au transport sanitaire et au nettoyage du linge, dans le cadre d'un syndicat interhospitalier organisé à l'échelon du département du Jura.

Enfin, l'incidence des dépenses du groupe IV sera également importante, en raison de la mise en œuvre du plan directeur du centre hospitalier général, avec l'objectif de restructurer l'établissement, en conformité avec l'effort remarqué que vous avez engagé, monsieur le ministre, dans le cadre du plan Hôpital 2007.

Les Jurassiens sont tous très attachés au centre hospitalier général, qui est un établissement de référence départementale. Je vous demande donc de bien vouloir me préciser l'effort qu'il sera possible de consentir en faveur d'un rebasage budgétaire qui lui permettrait d'assurer, de façon efficace et optimale, ses différentes missions.

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur le député, la situation de l'hôpital de Lons-le-Saunier est symptomatique de la situation de nombreux établissements pivots qui constituent le maillage sanitaire national. C'est pour répondre à la situation de ces hôpitaux que nous avons présenté, dans le projet de loi de financement de la sécurité sociale, la réforme fondamentale de la tarification à l'activité. En effet, en liant plus étroitement l'activité réelle des établissements et les financements, le nouveau modèle de tarification permet de soutenir les hôpitaux qui, comme celui de Lons-le-Saunier, ont accompli des efforts d'organisation et de gestion.

Toutefois, je dois souligner que l'ARH, consciente des difficultés rencontrées par ce centre hospitalier, a déjà traduit, par deux abondements récents, son soutien actif : le premier pour financer des travaux de restructuration du pôle mère-enfant avec une somme de 255 000 euros et le second de 502 400 euros pour compenser les surcoûts liés au nouveau traitement du linge. Cette opération fait d'ailleurs l'objet d'une étude régionale en raison de son surcoût.

Quant aux difficultés liées à la mise en place des 35 heures, vous savez qu'elles ne sont malheureusement pas propres au centre hospitalier de Lons-le-Saunier. Vous n'ignorez d'ailleurs pas que le Gouvernement a pris, depuis un an et demi, des mesures pour faciliter la mise en œuvre de cette réforme au sein de l'hôpital : relèvement des quotas infirmiers, relèvement du *numerus clausus*, protocole d'assouplissement avec les organismes syndicaux passé en janvier 2003. Les accords sont en cours d'application et les premiers effets de ces dispositions devraient être perceptibles dès le début de l'année 2004.

Je termine ma réponse, monsieur Péliissard, en vous indiquant que je suis convaincu que des établissements hospitaliers comme le centre hospitalier de Lons-le-Saunier ont un rôle capital à jouer dans l'aménagement de notre territoire. Il faut donc veiller attentivement à ce qu'ils puissent rendre les services que la population est en droit d'attendre. J'interrogerai l'ARH pour qu'elle me renseigne plus précisément sur la situation de cet hôpital et sur les problèmes que vous avez évoqués ce soir.

Mme la présidente. La parole est à M. Jacques Péliissard, pour poser une seconde question.

M. Jacques Péliissard. M. Gérard Voisin, empêché, souhaitait interroger Mme la secrétaire d'Etat chargée des personnes handicapées.

Actuellement, de nombreux jeunes trop lourdement handicapés pour pouvoir être intégrés en milieu scolaire ordinaire ne peuvent être accueillis nulle part. Cette situation intolérable prive des milliers de familles du droit à la prise en charge de leur enfant. Cela est d'autant plus insupportable que des inégalités territoriales se font sentir en la matière. Ainsi, en Saône-et-Loire, plus de cent enfants ne disposent d'aucune solution d'accueil et leurs familles n'ont aucune perspective.

Il est indispensable qu'un effort financier soit fourni afin de créer de nouvelles places dans les structures d'accueil de jeunes handicapés. Ainsi, l'IME d'Hurigny, dans la région de Mâcon, a reçu l'accord des autorités sanitaires et sociales pour accroître ses capacités d'accueil, mais il attend les moyens financiers nécessaires. Il y a urgence, car il est inconcevable que certains enfants handicapés soient tenus à l'écart, se voyant ainsi refuser le droit d'être pris en charge et de s'intégrer.

Quelles sont, madame la secrétaire d'Etat, les mesures financières que vous comptez mettre en œuvre afin de permettre, dans les plus brefs délais, l'augmentation du nombre de places dans les structures spécialisées pour améliorer concrètement les capacités d'accueil de ces établissements, spécialement celui d'Hurigny dans la région de Mâcon ?

Mme la présidente. La parole est à Mme la secrétaire d'Etat.

Mme la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées. Monsieur le député, vous avez eu raison de rappeler que des milliers d'enfants lourdement handicapés n'étaient pris en charge à aucun titre en France aujourd'hui. Cette situation est effectivement intolérable.

Avant d'évoquer les mesures financières sur lesquelles vous m'avez interrogée, je veux replacer cette question dans le cadre de la politique d'intégration des enfants handicapés.

Nous pensons que davantage d'enfants handicapés peuvent être scolarisés en milieu ordinaire. En d'autres termes, certains enfants qui sont actuellement placés dans des établissements médico-éducatifs pourraient parfaitement être accueillis en milieu ordinaire, pour peu que l'on s'en donne les moyens. Nous nous sommes engagés dans cette voie, notamment en créant des postes d'auxiliaire de vie scolaire et en les accompagnant par des systèmes médico-éducatifs, les SESSAD. Cette politique d'insertion très volontariste devrait permettre de libérer des places dans les établissements médico-éducatifs pour les enfants lourdement handicapés qui ne sont pas pris en charge aujourd'hui.

Un autre élément de réponse est donné par les efforts que nous aurons consentis dans le cadre du plan triennal 2001-2003. Ainsi 582 places ont été créées pour recevoir des enfants très lourdement handicapés : handicapés mentaux profonds et polyhandicapés notamment, ces crédits ayant été abondés de 1,21 million d'euros cette année pour atteindre 19,5 millions d'euros sur trois ans. Pour les adultes et enfants autistes, 885 places ont été créées, une enveloppe complémentaire ayant permis de disposer de 24,65 millions d'euros en trois ans. Enfin 728 places ont été offertes aux adultes et aux enfants cérébro-lésés et traumatisés crâniens grâce à la mise en œuvre de 22,86 millions d'euros sur la durée du plan.

Je conviens néanmoins que cet effort doit être poursuivi. Il sera même amplifié grâce à la nouvelle loi qui sera votée en cours d'année et appliquée en 2005. Nous devons faire en sorte que tous les enfants handicapés puissent être accueillis et intégrés demain dans la structure la mieux adaptée à leur handicap et la plus favorable à leur développement.

Mme la présidente. Nous en avons terminé avec les questions.

TRAVAIL, SANTÉ ET SOLIDARITÉ

II. – Santé, famille, personnes handicapées et solidarité

Mme la présidente. J'appelle les crédits inscrits à la ligne :

« Travail, santé et solidarité :

« II. – Santé, famille, personnes handicapées et solidarité. »

ETAT B

Répartition des crédits applicables aux dépenses ordinaires des services civils (mesures nouvelles)

« Titre III : 215 508 858 euros ;

« Titre IV : moins 4 504 027 350 euros. »

ETAT C

Répartition des autorisations de programme et des crédits de paiement applicables aux dépenses en capital des services civils (mesures nouvelles)

TITRE V. – INVESTISSEMENTS EXÉCUTÉS PAR L'ETAT

« Autorisations de programme : 11 215 000 euros ;

« Crédits de paiement : 3 454 000 euros. »

TITRE VI. – SUBVENTIONS D'INVESTISSEMENT ACCORDÉES PAR L'ETAT

« Autorisations de programme : 31 189 000 euros ;

« Crédits de paiement : 1 000 000 euros. »

Je mets aux voix les crédits inscrits au titre III de l'état B.

(Les crédits inscrits au titre III de l'état B sont adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix les crédits inscrits au titre IV de l'état B.

(Les crédits inscrits au titre IV de l'état B sont adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix les crédits inscrits au titre V de l'état C.

(Les crédits inscrits au titre V de l'état C sont adoptés.)

Mme la présidente. Je mets aux voix les crédits inscrits au titre VI de l'état C.

(Les crédits inscrits au titre VI de l'état C sont adoptés.)

Mme la présidente. J'appelle l'article 81 rattaché à ce budget.

Article 81

Mme la présidente. « Art. 81. – I. – A l'article L. 5121-16 du code de la santé publique, le montant : "23 000 euros" est remplacé par le montant : "25 400 euros".

« II. – L'article L. 5121-17 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« a) Au deuxième alinéa, le montant : "3 050 euros" est remplacé par le montant : "17 000 euros".

« b) Le troisième alinéa est remplacé par un alinéa ainsi rédigé :

« L'assiette de la taxe est constituée par le montant des ventes de chaque médicament ou produit réalisées au cours de l'année civile précédente, à l'exclusion des ventes à l'exportation. Le barème de la taxe comporte au moins cinq tranches.

« III. – A l'article L. 5122-5 du code de la santé publique, le montant : "460 euros" est remplacé par le montant : "510 euros".

« IV. – L'article L. 5123-5 du code de la santé publique est ainsi modifié :

« a) Au premier alinéa, après les mots : "Toute demande d'inscription", sont insérés les mots : ", de renouvellement d'inscription". »

« *b*) Après le deuxième alinéa, il est ajouté une phrase ainsi rédigée :

« Le montant de la taxe perçue à l'occasion d'une demande de renouvellement d'inscription d'un médicament est fixé dans les mêmes conditions dans la limite de 60 % de la taxe perçue pour une demande d'inscription.

« *c*) Dans tout l'article, le mot : "redevance" est remplacé par le mot : "taxe".

« V. – Au deuxième alinéa de l'article L. 5211-5-2 du code de la santé publique, le taux : "0,15 %" est remplacé par le taux : "0,28 %".

« VI. – Les dispositions des I à V s'appliquent au 1^{er} janvier 2004. En outre, les dispositions du II et du V sont applicables aux taxes dues au titre de l'année 2003 et exigibles en 2004. »

M. Bapt, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, a présenté un amendement, n° 112, ainsi rédigé :

« Compléter le III de l'article 81 par les mots :
“, et le mot : « redevance » est remplacé, par deux fois, par le mot : « taxe » ».

La parole est à M. le rapporteur spécial.

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan. L'article 81 prévoit la majoration des cinq taxes affectées à l'AFSSAPS, afin d'augmenter les ressources propres de cette agence au moment où ses missions s'élargissent. En 2004, en effet, ses besoins de financement seront de 30,4 millions d'euros en sus de la subvention du ministère de la santé, qui a d'ailleurs connu quelques fluctuations.

Ne l'ayant pas précisé lors de la présentation de mon rapport à la tribune, je rappelle que les 25 millions d'euros de subvention inscrits en faveur de l'AFSSAPS dans la loi de finances initiale pour 2002, ont été réduits à 17,7 millions d'euros, après régulation. En revanche, la subvention qui avait chuté à 4,7 millions d'euros en 2003 pour cause de ponction du fonds de roulement, sera restaurée à hauteur de 18,6 millions d'euros en 2004.

La majoration de taxes proposée semble donc tout à fait justifiée, monsieur le ministre, au regard de l'importance des missions de l'AFSSAPS, dont vous prévoyiez, semble-t-il, le regroupement dans une grande agence, avec notamment l'établissement français des greffes.

Quant aux amendements que j'ai proposés et qui ont été acceptés par la commission des finances, ils sont de pure forme, rédactionnels, à l'exception de l'amendement n° 112 qui vise à remplacer par deux fois le mot « redevance » par le mot : « taxe ». En effet, si le vocable redevance peut être justifié lorsqu'il s'agit d'une contribution pour demande d'inscription d'une spécialité remboursable, il ne correspond plus à la réalité en cas de demande d'un visa de publicité, pour laquelle la dénomination « taxe » paraît plus adaptée, en particulier pour éviter tout risque de contentieux et renforcer ainsi la sécurité juridique de cet alinéa.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

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

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 112.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. M. Bapt, rapporteur spécial, a présenté un amendement, n° 113, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le premier alinéa du *b* du IV de l'article 81 :

« *b*) Le deuxième alinéa est complété par une phrase ainsi rédigée : »

La parole est à M. le ministre pour donner l'avis du Gouvernement puisque M. le rapporteur spécial a déjà précisé que cet amendement et le suivant étaient rédactionnels.

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

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 113.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. M. Bapt, rapporteur spécial, a présenté un amendement, n° 114, ainsi libellé :

« Rédiger ainsi le dernier alinéa du *b* du IV de l'article 81 :

« Le montant de la taxe perçue à l'occasion d'une demande de renouvellement d'inscription ou de modification d'inscription est fixé dans les mêmes conditions, dans les limites respectives de 60 % et 20 % de la taxe perçue pour une demande d'inscription. »

L'avis du Gouvernement est-il également favorable ?

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

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 114.

(L'amendement est adopté.)

Mme la présidente. Je mets aux voix l'article 81, modifié par les amendements adoptés.

(L'article 81, ainsi modifié, est adopté.)

Mme la présidente. En accord avec la commission des finances, de l'économie générale et du Plan, j'appelle maintenant un amendement tendant à insérer un article additionnel après l'article 81.

Après l'article 81

Mme la présidente. L'amendement n° 179, présenté par M. Prével, est ainsi rédigé :

« Après l'article 81, insérer l'article suivant :

« A compter de 2004, le Gouvernement déposera sur le bureau de l'Assemblée nationale et sur celui du Sénat, un rapport faisant état de l'opportunité de prévoir une enveloppe spécifique au budget de l'Etat pour la formation des infirmières en milieu hospitalier. »

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Vous connaissez, monsieur le ministre, le rôle majeur rempli par les infirmières dans notre système de soins. La pénurie actuelle vous a conduit à augmenter le nombre des étudiants infirmiers, qui est passé de 18 000 à 30 000 entre 2000 et 2003.

Cette formation a un coût et la question est de savoir qui doit la financer.

Dans le budget que vous nous présentez, vous faites un effort important pour aider les IFSI, les instituts de formation en soins infirmiers, non adossés à un établisse-

ment hospitalier : vous y consacrez 28 millions d'euros, ce qui représente une augmentation de 3,8 millions, soit une progression de 16 %. Je salue cet effort. Mais, pour l'immense majorité des IFSI adossés à un établissement, c'est le budget de l'hôpital, et donc l'assurance maladie, qui finance la formation des infirmières. Son coût peut être évalué à 1,50 % du budget hospitalier, indûment mis à la charge de l'assurance maladie. Est-ce normal ? Ne serait-il pas plus logique que ce soit l'Etat qui assume le financement de cette formation, par l'intermédiaire des budgets des ministères de la santé et de l'éducation nationale ?

Il est prévu, semble-t-il, de transférer aux régions, dans le cadre de la formation professionnelle, la formation des infirmières et des aides soignantes, avec sans aucun doute le transfert financier correspondant. Une individualisation des crédits de formation des infirmières dans le budget de l'Etat faciliterait ce transfert ultérieur.

Tel est l'objet de l'amendement n° 179 : il y est proposé que soit étudié le principe d'une enveloppe spécifique dans le budget de l'Etat pour les IFSI adossés à un établissement hospitalier.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. Cet amendement n'a pas été soumis à la commission. A titre personnel je n'ai pas d'objection technique à ce que le coût des IFSI rattachés à un établissement hospitalier soit individualisé au sein du budget de l'Etat. Cela dit, si j'ai bien compris ce qu'a dit tout à l'heure M. le ministre, la décentralisation ne concernerait que l'immobilier et le fonctionnement. Il en serait donc de même pour la compensation. Il importe néanmoins que celle-ci soit effectuée à l'euro près.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. La formation initiale des infirmiers fait partie des missions du service public hospitalier, aux termes de l'article L. 612-1 du code de la santé publique. Son financement, au même titre que les autres missions du service public, relève du PLFSS, ainsi qu'il est prévu à l'article L. 174-1 du code de la sécurité sociale. Seuls les instituts privés sont subventionnés par l'Etat, sur le chapitre 43-32 du budget du ministère de la santé.

L'ensemble de ces financements, Etat et assurance maladie – je complète ainsi la réponse du rapporteur spécial – sera transféré aux régions en 2005 dans le cadre du projet de loi relatif aux responsabilités locales – article 58 – avec le transfert aux régions de la gestion et du financement des formations paramédicales et des écoles de sages-femmes. Les articles relatifs à la santé seront d'ailleurs discutés demain au Sénat.

Les hôpitaux n'auront donc plus à financer ces formations, si ce n'est la formation continue des infirmiers, qui, comme celle de l'ensemble des personnels de la fonction publique hospitalière, continuera d'être prise en charge par l'établissement employeur sur la base d'une cotisation de 2,1 % de la masse salariale financée, selon les modalités prévues par l'article L. 714-1 du code de la sécurité sociale.

Monsieur Prél, il me semble que, dans la perspective de ce transfert, votre amendement n'a plus d'objet. C'est pourquoi je vous proposerai, après qu'ait eu lieu ce débat et que vous ayez obtenu l'assurance que vos préoccupations étaient parfaitement comprises, de le retirer.

Mme la présidente. Monsieur Prél, retirez-vous votre amendement ?

M. Jean-Luc Prél. Je le retire bien volontiers.

Mme la présidente. L'amendement n° 179 est retiré. J'appelle l'article 82 rattaché à ce budget.

Article 82

Mme la présidente. « Art. 82. – I. – Le a de l'article L. 862.2 du code de la sécurité sociale est remplacé par les dispositions suivantes :

« a) Par le versement aux organismes de sécurité sociale, au titre de chaque trimestre, d'un montant égal au produit de la somme prévue au III de l'article L. 862-4 par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil au titre duquel le versement est effectué, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre des dispositions du a de l'article L. 861-4 ; ».

« II. – Au III de l'article L. 862-4 du même code, la somme de : "70,75 euros" est remplacée par celle de : "75 euros".

« III. – Les dispositions du I entrent en vigueur à compter du versement dû au titre du premier trimestre 2004. Les dispositions du II entrent en vigueur pour la contribution définie à l'article L. 862-4 du même code versée au titre du premier trimestre 2004. »

M. Jean-Marie Le Guen, Mmes Génisson, Mignon, MM. Bapt, Gorce et les membres du groupe socialiste ont présenté un amendement, n° 177, ainsi rédigé :

« Supprimer l'article 82. »

La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Sous couvert d'une unification des conditions de prise en charge des dépenses de couverture maladie universelle complémentaire entre les régimes obligatoires d'assurance maladie et les organismes complémentaires, l'article 82 du projet de loi de finances pour 2004 conduit à supprimer la participation du budget de l'Etat au bouclage du financement de la couverture maladie universelle complémentaire. L'économie pour le budget de l'Etat est évaluée dans le PLF à 117 millions d'euros, ce qui entraîne, en contrepartie, des charges supplémentaires pour l'assurance maladie, dans des conditions non explicitées. On y reviendra plus loin.

Cette disposition pose tout d'abord des problèmes de forme, puisqu'elle n'a pas été précédée d'une consultation des organismes nationaux de l'assurance maladie, qui s'en trouvent impactés pour le même montant. Il faut rappeler que l'article L. 200-3 du code de la sécurité sociale rend obligatoire la saisine pour avis du conseil d'administration de la CNAMTS sur tout projet de nature législative ou réglementaire ayant des incidences sur l'équilibre financier de la branche ou entrant dans son domaine de compétence. Aucune disposition du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2004 ne reprend d'ailleurs l'économie de la mesure et son impact sur l'ONDAM.

Pour ces différents motifs, la mesure est donc entachée d'illégalité.

En première analyse, il est donc possible d'assimiler la disposition de l'article 82 à un transfert de charge financière du budget de l'Etat vers les régimes sociaux, lequel transfert est peu opportun dans la situation financière que traverse actuellement l'assurance maladie. Ce n'est toutefois pas le seul effet de cette mesure et ses conséquences indirectes n'ont sans doute pas été appréciées à leur juste mesure.

Dans son principe, elle tend à homogénéiser le traitement des organismes de sécurité sociale et des organismes complémentaires qui participent à la couverture maladie universelle complémentaire. Chacun de ces organismes est remboursé de ses dépenses au titre de la couverture maladie universelle complémentaire à hauteur d'un montant forfaitaire identique pour chaque bénéficiaire. Ce forfait est porté par le PLF à 300 euros par an et par bénéficiaire. Le surcoût reste à la charge de l'organisme gestionnaire de la couverture maladie universelle complémentaire.

Jusqu'alors, les caisses disposaient d'un régime dérogatoire par rapport aux organismes complémentaires. Elles étaient remboursées « au franc le franc » de la totalité de leurs dépenses engagées au titre de la CMUC par le budget de l'Etat. Ce n'est plus le cas désormais, d'où la charge supplémentaire qui leur incombe.

Dans le cadre législatif actuel, le remboursement de la part complémentaire revêt le caractère d'une prestation d'Etat, sous condition de ressources - ce qui est nouveau -, dont la gestion et la liquidation sont attribuées par l'Etat aux caisses d'assurance maladie en application de l'article L. 861-4 du code de la sécurité sociale. Etant remboursées de l'intégralité des montants versés aux bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire, les caisses assuraient une simple avance de trésorerie à l'Etat, les sommes correspondantes apparaissant, conformément à cette logique, dans les comptes de la CNAMTS. Cette caractéristique disparaît avec le régime instauré par l'article 82, sans pour autant que l'article L. 861-4, issu de la loi instaurant la CMU, ait été modifié.

Plusieurs conséquences en résultent.

Premièrement, la charge correspondante doit être imputée, d'un point de vue comptable, soit sur le budget des prestations extralégales - le Fonds national de l'action sanitaire et sociale - soit sur les prestations légales, ce que la loi de finances ne précise pas. Dans le premier cas, s'agissant d'un budget limitatif, elle conduit à réduire à due concurrence les prestations d'assistance sanitaire et sociale versée par les caisses pour assouplir la législation afférente au versement des prestations légales. Quand on sait l'importance de l'intervention du Fonds national de l'action sanitaire et sociale, on mesure l'impact de cette mesure. Dans le second cas, la charge est assimilée aux prestations légales, bien qu'elles correspondent à des dépenses de protection complémentaires d'assurance maladie.

Deuxième conséquence : dans l'une ou l'autre hypothèse, les caisses sont placées sur le même plan que les organismes complémentaires, sans qu'il soit tenu compte de la charge que représente le fait de devoir, conformément à leur mission de service public, accueillir tous les bénéficiaires potentiels de la couverture maladie universelle complémentaire : près de 90 % des bénéficiaires de la CMUC sont ainsi pris en charge par les organismes de l'assurance maladie.

Troisième conséquence : les caisses se trouvent donc investies, en sus de leur mission de service public traditionnelle pour le règlement des prestations légales, d'une nouvelle mission d'assureur complémentaire, avec le risque financier que cela entraîne. Cette extension du champ d'action des caisses crée un précédent, qui n'est pas sans conséquence au regard du droit de la concurrence, puisque cela revient à ce qu'un service public intervienne sur le terrain concurrentiel.

Quatrième conséquence : le glissement conceptuel n'est pas mineur non plus si l'on se situe du point de vue de l'opérateur unique de l'assurance maladie obligatoire : si l'on considère que la charge est assimilable à une prestation légale, cela signifie que l'assurance maladie est désormais vouée, de façon incidente et sans débat public préalable, à prendre en charge la quasi-totalité des dépenses de soins de ses bénéficiaires dont les ressources se situent en deçà d'un certain montant. Un critère de revenu est donc introduit pour justifier une prise en charge à 100 %, ce qui est sans précédent en assurance maladie.

C'est la raison pour laquelle nous militons pour la suppression de l'article 82.

Mme la présidente. Quel est l'avis de la commission ?

M. Gérard Bapt, *rapporteur spécial*. J'avais présenté un amendement identique que la commission a repoussé. Je me félicite que mon groupe ait eu la bonne idée de le reprendre.

Plusieurs députés du groupe de l'Union pour un mouvement populaire. Comme par hasard !

M. Gérard Bapt, *rapporteur spécial*. J'insisterai simplement sur deux points.

Vous m'avez dit, monsieur le ministre, que, lorsque la couverture médicale universelle complémentaire a été instituée, on a en quelque sorte placé sur un pied d'égalité les organismes complémentaires et les caisses primaires. Mais ces dernières agissaient au nom de l'Etat - et c'est pour quoi elles étaient remboursées du premier au dernier euro -, et remplissaient une mission de service public. En leur appliquant le système du forfait, on les fait glisser dans le champ concurrentiel de l'assurance. La nature même de la mission change. Mme Génisson a soulevé un argument valable sur le plan juridique : pour la première fois, sous condition de ressources, les caisses primaires vont avoir à supporter à 100 % des dépenses d'assurance maladie, fût-elle complémentaire.

Le second élément sur lequel je veux insister est qu'en faisant glisser les caisses dans le champ concurrentiel, on les expose à l'application de directives européennes qui risquent de contester le caractère de service public de celles-ci et vous placer dans une instabilité juridique. Vous dites accepter le risque. Néanmoins, votre décision m'apparaît quelque peu précipitée et, surtout, elle a été prise sans concertation avec les différents organismes, alors que la CNAMTS, aurait dû être consultée.

Voilà pourquoi, monsieur le ministre, même si votre majorité va très certainement, après la commission des finances, adopter cet article, il est important que, sur ces deux points, vous précisiez bien tous les arguments qui justifient la position du Gouvernement.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Le Gouvernement n'est pas favorable à l'amendement.

Sur le fond, les dispositions de l'article 82 ont pour objet de maîtriser l'augmentation continue des dépenses de CMU complémentaire en responsabilisant les gestionnaires de régimes obligatoires, comme le font déjà les organismes de protection sociale complémentaire, par la mise en place d'un forfait unifié de remboursement par bénéficiaire. J'entends bien la distinction qui est faite entre service public et services complémentaires. Je précise, au passage, que ces derniers n'appartiennent pas tous au secteur assurantiel : il y a aussi les mutuelles et les ins-

tituts de prévoyance. Je vous indique que le forfait de 300 euros, en progression de 17 euros par rapport à l'année précédente, a été choisi parce qu'il correspond au coût effectif d'un bénéficiaire de la CMU complémentaire pour un organisme de protection complémentaire. Son montant n'a donc pas été fixé au rabais ou de manière irréaliste. Il est vrai que cette moyenne dissimule des disparités de coût selon le gestionnaire et que le coût pour les organismes des régimes obligatoires est plus élevé. La conviction du Gouvernement est toutefois qu'une modération des dépenses est possible et que les caisses sont en mesure d'agir de façon active dans ce domaine. Il n'y a pas de raison que, pour une même personne, la dépense soit différente dans le cadre d'un régime complémentaire ou d'un régime obligatoire. Si la différence ne porte pas sur le montant réel des soins, c'est au niveau de la gestion qu'on peut la trouver et il n'y a pas de raison que la gestion ne soit pas aussi rigoureuse ici que là.

J'ajoute que, si le forfait ne couvrait pas les dépenses des caisses, le différentiel ne serait pas imputé sur le Fonds national d'action sanitaire et sociale, mais il viendrait en déduction de la part des cotisations finançant le risque maladie.

Enfin, pour répondre à un argument de Mme Génisson, je précise que, traditionnellement, les lois de finances ne sont pas soumises à l'avis du conseil d'administration de la CNAM en raison des contraintes de délai de présentation devant le Parlement de ce type de loi. Ces contraintes ont été parfaitement comprises par le Conseil d'Etat, qui ne s'est pas opposé à cette procédure accélérée. Il n'y a donc aucune illégalité dans la procédure appliquée à cet article.

Concernant la directive, je vous l'ai dit tout à l'heure, nous verrons bien comment réagit l'Union européenne face à cette disposition. Il me semble cependant y avoir une confusion assez étrange : lorsqu'a été votée la loi CMU, il a été indiqué que les régimes obligatoires pourraient assumer en même temps la complémentaire, dans un rapport qui était estimé à cinquante-cinquante. Je me souviens très bien avoir objecté que, puisque l'inscription se faisait obligatoirement au niveau de la caisse obligatoire, cela entraînerait une distorsion de concurrence au détriment des assureurs complémentaires. On m'avait répondu que non. La réalité prouve que j'avais raison puisque 15 % seulement vont vers les régimes complémentaires.

Je trouve qu'il est tout à fait normal que le coût, pour des prestations équivalentes, soit le même dans le cadre du régime obligatoire que dans celui du régime complémentaire. Si d'aventure cette disposition n'était pas validée par l'Union européenne, nous en prendrions d'autres qui auraient toutes pour but d'essayer de gommer la disparité de traitement entre les deux régimes.

Mme la présidente. La parole est à M. Pascal Terrasse.

M. Pascal Terrasse. Il est important, monsieur le ministre, de s'assurer que l'on parle bien le même langage. Le désaccord profond qui existe entre nous porte sur le coût du panier de soins. Vous l'avez fixé à 300 euros. Nous contestons ce chiffre. Toutes les analyses montrent qu'en raison de l'évolution du coût de la santé, le montant du panier de soins se situe entre 320 et 326 euros. Pour les assurances complémentaires, il y aura évidemment un manque à gagner d'autant plus qu'elles seront appelées, dans le courant de l'année 2004, à augmenter très sensiblement leurs cotisations. Vous disiez à l'instant que le ministre de la famille était au Sénat pour

débattre des charges sociales. Ce sont de 10 %, voire de 15 % que vont augmenter les cotisations des entreprises pour les assurances complémentaires, surtout dans le cadre des contrats groupés. Si le coût du panier de soins dépasse les 300 euros, qui va prendre en charge le surcoût ? Je vous pose la question, monsieur le ministre.

Du fait du déremboursement de certains médicaments et de l'augmentation du forfait hospitalier – entre autres – les assurés sociaux vont, dès le 1^{er} janvier, devoir faire face à une augmentation très forte de leur cotisation mutuelle. Quand, sur l'échéancier qui leur parviendra dans le courant du premier semestre 2004, ils verront des augmentations allant jusqu'à 12 %, voire 20 %, selon les estimations de la fédération nationale de la mutualité française, il faudra bien leur en expliquer les raisons.

Dans l'amendement que nous avons présenté en commission, nous proposons un forfait de 326 euros, ce qui nous paraissait un juste milieu entre 300 euros, qui correspondent au forfait que vous retenez, et 333 euros, qui correspondent au forfait estimé selon les propres hypothèses de calcul du Gouvernement. Il n'a pas été adopté. Nous le regrettons et nous saurons vous le rappeler.

Mme la présidente. La parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Je ne partage pas la philosophie de M. le ministre concernant la disparité dont souffriraient les assureurs complémentaires. Si autant de personnes cotisent à un régime complémentaire à la caisse maladie, c'est qu'il y a des raisons : ils sont mieux remboursés. La disparité m'importe moins que la qualité du remboursement.

J'ai fait part, dans mon intervention générale, de ma préoccupation concernant l'article 82. En supprimant la participation du budget de l'Etat au financement de la CMU complémentaire pour la transférer à la CNAM, il alourdit la charge des régimes sociaux déjà en grande difficulté. Par conséquent, je voterai l'amendement de suppression défendu par Mme Génisson.

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Tous ces amendements étant de même nature, ma réponse nous permettra de gagner un peu de temps.

M. Pascal Terrasse. Ah non !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je suis désolé, monsieur Terrasse, mais c'est bien vous qui venez de nous parler de l'amendement n° 132 alors que nous n'en sommes qu'au n° 177 ! C'est donc bien que le deuxième est dans la même ligne que le premier...

M. Pascal Terrasse. En effet, c'est un paquet.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. C'est bien ce que je voulais dire, et c'est pourquoi je reprends la parole.

Une première chose m'étonne : M. Bapt a argumenté sur un plan essentiellement juridique alors que M. Terrasse a mis ce point de vue de côté en critiquant essentiellement le montant retenu. A la limite, si nous avions proposé 326 euros, il aurait été d'accord sur le principe. Je lui en donne acte.

M. Pascal Terrasse. C'est politique ! (*Sourires*)

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Allons ! Vous vous fixez – politiquement – sur un montant. Permettez-moi de vous répondre politiquement, mais sans esprit polémique. Le ton est à la discussion.

M. Pascal Terrasse. Je sais ce que vous allez faire !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Mais tout de même, monsieur Terrasse, vous ne manquez pas d'audace en nous reprochant d'en rester à une revalorisation à 300 euros ! Quand la CMU a été créée en 1999, vous aviez fixé le seuil à 228 euros. En 2000, rien, aucune revalorisation. En 2001, rien. En 2002, pas davantage ! C'est nous qui, en 2003, l'avons porté de 228 à 283 euros et, cette année, à 300 euros ! C'est nous qui, pour la deuxième année consécutive, revalorisons la déduction forfaitaire des assurances complémentaires. A vous entendre, il aurait fallu passer en deux ans de 228 à 326 euros !

M. Edouard Landrain. Il ne faut pas pousser !

M. Pierre Hériaud. Ça, c'est tout Terrasse !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Reconnaissez que vous nous demandez beaucoup, quand vous n'avez pas fait grand-chose !

M. Pascal Terrasse. Accessoirement, nous avons créé la CMU !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. J'ai expliqué tout à l'heure que ce calcul représente une valeur médiane qui nous paraît correspondre à la réalité.

J'en viens maintenant à l'intervention de Mme Fraysse, elle aussi assez extraordinaire. Il n'est qu'à relire les débats sur la CMU et la séance du mercredi 24 octobre 2001 où Mme la ministre de santé, en réponse d'ailleurs à Mme Catherine Génisson, a très clairement indiqué : « Un avenant à la convention d'objectifs et de gestion de la CNAM déterminera le montant et les modalités de cette aide. Les opérateurs de la couverture complémentaire jouent un rôle déterminant dans la gestion de la CMU, car un nouveau bénéficiaire sur trois choisit d'adhérer à un de ces organismes. J'entends tout faire, y compris en ce qui concerne le montant de leur contribution à la CMU, pour qu'il continue à en être ainsi... Je poursuivrai la concertation que j'ai développée avec eux. » C'est précisément ce que nous essayons de faire !

Comprenons-nous bien. Je pourrais ouvrir une discussion, si je ne craignais d'allonger le débat à cette heure tardive, sur la participation accrue des mutuelles. Car j'entends dire tout et n'importe quoi en ce moment. Or nous avons les chiffres très précis. Il est vrai que certains taux de remboursement ont baissé de 65 % à 35 %, ce qui représente un surplus de charges pour les mutuelles. Il est vrai qu'il y aura une hausse du forfait journalier, pris en charge par certaines mutuelles. Il est vrai aussi que certaines augmentations ne seront pas sans incidences sur les interventions des mutuelles. Mais, globalement, dans le chiffre d'affaires des mutuelles, on oublie de dire que l'augmentation de 11,2 % de personnes admises au régime de longue durée vient en défraiement de la participation des couvertures complémentaires... En définitive, ce sont 2 % de moins, globalement, que remboursent les mutuelles, dans la mesure où ce sont dorénavant les régimes obligatoires qui paient les 100 % de tous ceux qui sont admis au régime à 100 %. Je ne veux pas entrer ce soir dans une étude comptable. Je comprends bien que

les mutuelles profitent des occasions qui leur sont données d'augmenter les cotisations et probablement d'ajuster leurs coûts ; je ne leur conteste en rien ce droit. Mais je n'entends pas que l'on en fasse un argument alors que, je l'ai rappelé à l'occasion de l'examen du PLFSS en répondant à Claude Evin, les Français, autrefois remboursés à 76 %, le sont désormais à 78 % par le simple fait effet de l'augmentation du régime de longue durée.

M. Pascal Terrasse. Cela ne touche pas tout le monde !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Enfin, madame Fraysse, j'avoue avoir du mal à comprendre. Que cherchons-nous ? A offrir aux personnes dont les ressources ne suffisent pas pour faire face au coût des soins la possibilité d'être soignées comme il se doit, sans inégalité, sans distinctions, sans discrimination. D'un côté, vous avez le régime obligatoire, qui assure le remboursement du régime de base et qui peut en outre apporter le complémentaire. De l'autre, vous avez les régimes complémentaires qui peuvent, à l'occasion, assurer le complément du régime de base. Mais il y a une distorsion entre ces deux compléments : dans le régime obligatoire, c'est au franc le franc, et l'on n'a pas les mêmes critères de gestion. Dans un régime complémentaire, on se trouve enfermé dans une enveloppe – les uns et les autres l'ont à juste titre fait remarquer tout à l'heure. Dans les deux cas, que se passe-t-il en cas de dépassement ? Dans le régime général, cela vient s'imputer sur le budget général ; autrement dit, cela creuse le déficit et cela incite à augmenter les recettes éventuelles auprès des cotisants, c'est-à-dire de l'ensemble des citoyens, pour trouver le complément. Quand c'est un régime complémentaire qui est en déficit, cela se répercute sur la cotisation des adhérents de la mutuelle, de l'assurance ou de l'institution de prévoyance. Dans l'un comme dans l'autre cas, il faut faire payer. Je ne suis pas du tout dans une logique de privatisation ou de mise en concurrence, au contraire, puisque j'entends mettre tout le monde sur le même pied. Mais, à mes yeux, il y a deux métiers, celui de complémentaire et celui de régime obligatoire, et ce ne sont pas les mêmes. La loi portant création de la CMU a voulu que le régime obligatoire puisse faire le complémentaire ; nous l'acceptons, nous n'y revenons pas. Mais alors, que cela se fasse dans des conditions égales d'un côté et de l'autre.

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 177.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. M. Bapt a présenté un amendement, n° 132, ainsi libellé :

« Dans le II de l'article 82, substituer au nombre : 75, le nombre : 81,5. »

La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt, *rapporteur spécial*. Monsieur le ministre, je veux préciser la différence entre l'amendement n° 177 de suppression et cet amendement n° 132. Le premier se justifiait par des arguments de principe : le système de la forfaitisation pour les caisses primaires changeait la nature de l'intervention des caisses dans le champ assurantiel et créait un risque d'instabilité juridique – vous-même l'avez admis en précisant que le système pourrait éventuellement être revu.

Mais il y a un élément supplémentaire, et cela nous amène à l'amendement n° 132 : au passage, le budget de l'Etat réalise une économie de 117 millions d'euros sur le

dos de l'assurance maladie, alors même que la mesure en cause relève bien, du fait de son caractère social, de la compétence de l'Etat et non de celle de l'assurance maladie, qui n'a pas vocation à mener la politique sociale de l'Etat.

Cette économie de 117 millions d'euros, grâce au passage du forfait à 300 euros – forfait que vous aviez déjà, et c'était une bonne chose, relevé l'an dernier, mais seulement pour les mutuelles et les organismes complémentaires – se traduira cette fois-ci par autant de charges supplémentaires pour les caisses. En divisant le coût global de la mesure par le nombre de bénéficiaires, sachant que les caisses gèrent 85 % de dossiers, nous aboutissons à un coût effectif de 333 euros par bénéficiaire – les 33 euros de différence correspondant à l'économie réalisée.

Aussi l'amendement n° 132 propose-t-il de porter le forfait à 326 euros au lieu de 300. Pourquoi 326 ? La logique aurait voulu, par cohérence avec les arguments de fond que nous avons présentés, que je vous propose un relèvement à 333 euros. Mais mon amendement tomberait alors sous le coup de l'article 40. En en restant à 326 euros, nous ne créons aucune dépense supplémentaire pour l'Etat...

M. Pascal Terrasse. Quel argument !

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. ... d'autant que, selon vos propres dires, nous allons faire porter l'effort sur les coûts de gestion de l'assurance maladie et des organismes complémentaires.

Vous avez d'ores et déjà signé avec la CNAM un contrat d'objectif et de moyens qui vise à réaliser une économie de coût de gestion de l'ordre de 100 millions d'euros. Autrement dit, sur les 117 millions d'économies réalisés par l'Etat, les caisses d'assurance maladie pourraient en récupérer 100 en améliorant leur gestion.

D'où le forfait de 326 euros que je vous propose, qui représente le maximum possible pour un amendement parlementaire sans tomber sous le coup de l'article 40.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

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

Mme la présidente. La parole est à Mme Catherine Génisson.

Mme Catherine Génisson. Monsieur le ministre, vous n'avez pas répondu à un de mes arguments, à mes yeux déterminant : le dispositif que vous proposez entraîne de fait l'introduction d'un critère de revenu...

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Pas du tout !

Mme Catherine Génisson. ... dans la mesure où la prise en charge à 100 % sera conditionnée à un plafond de ressources, ce qui est sans précédent dans l'histoire de l'assurance maladie.

Mme la présidente. La parole est à M. le ministre.

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Si je n'ai pas répondu à cet argument, madame Génisson, c'est parce que je ne le comprends pas.

M. Edouard Landrain. Personne ne comprend !

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Je ne suis donc pas en état d'y répondre. On est admis à la CMU en fonction de ses

revenus. La façon dont la CMU fonctionne ensuite en "obligatoire-complémentaire" ou en "complémentaire-complémentaire", importe peu. Ou alors, je suis prêt à faire amende honorable...

M. Jean-Luc Prével. Chacun choisit sa complémentaire comme il l'entend !

Mme la présidente. Je mets aux voix l'amendement n° 132.

(L'amendement n'est pas adopté.)

Mme la présidente. M. Bapt a présenté un amendement, n° 133, ainsi rédigé :

« Compléter le II de l'article 82 par les mots :
 “, et ce paragraphe est complété par une phrase ainsi rédigée : « Cette somme est révisée chaque année en loi de finances pour tenir compte de l'évolution des prix »”.

La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. Il s'agit d'un amendement de repli, que vous eussiez pu accepter.

M. Edouard Landrain. Oui, mais c'est imparfait ! *(Sourires.)*

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. Nous proposons que le forfait soit réévalué en fonction du coût de la vie. Je vous fais remarquer au passage, monsieur le ministre, que je pourrais vous retourner votre démonstration de tout à l'heure, selon laquelle l'augmentation du nombre de patients admis au régime de longue durée se traduira par une économie pour les mutuelles. On peut penser en effet que les mesures que vous avez fait adopter par votre majorité dans le cadre du PLFSS, devraient vous permettre de mieux encadrer les dépenses liées aux ALD, sachant qu'il pourrait être possible de distinguer les actes non directement liés à ces affections et par voie de conséquence non couverts par la prise en charge à 100 %. Autrement dit, si la disposition votée par notre assemblée est efficace, ces patients devront se retourner vers les organismes complémentaires pour la prise en charge de ces actes.

Signalons enfin que la réévaluation périodique du forfait en fonction du coût de la vie répond à votre critique de tout à l'heure, puisque vous nous aviez reproché de ne pas avoir relevé le forfait durant plusieurs années.

Mme la présidente. Quel est l'avis du Gouvernement ?

M. le ministre de la santé, de la famille et des personnes handicapées. Monsieur Bapt, je note avec intérêt que vous voilà converti à l'idée que la déduction forfaitaire pour la CMU complémentaire doit évoluer... J'en suis d'accord, mais pas dans les conditions que vous proposez. Car votre référence n'est pas la bonne.

Ces dernières années, l'évolution des dépenses de CMU complémentaire a été nettement plus élevée que l'évolution des prix. Rappelons que, chaque année, au mois d'avril, les organismes de protection complémentaire transmettent aux fonds CMU leurs données sur la base desquelles est calculé leur coût par bénéficiaire. De surcroît les organismes d'assurance maladie établissent régulièrement des états comptables et statistiques retraçant l'évolution des dépenses de CMU complémentaire. C'est sur ces bases que le Gouvernement a proposé l'actualisation du forfait au PLF 2003 – plus 24 % – comme aujourd'hui au PLF 2004 plus 6 %. C'est encore sur cette base que le Gouvernement souhaite revaloriser à l'avenir ce forfait, en concertation avec l'ensemble des partenaires concernés.

J'ajoute que la réforme de l'assurance maladie nous donnera l'occasion de débattre de l'aide systématique à l'acquisition d'une complémentaire en fonction du revenu. Il faudra bien, là encore, comprendre que, dès lors que l'on va aider à la complémentaire sur un mode dégressif, quel que soit d'ailleurs le système d'aide personnalisée santé ou d'incitation fiscale retenu – nous en discuterons, le moment venu –, le régime obligatoire devra laisser les complémentaires jouer leur rôle. Ce n'est pas le lieu d'en discuter ce soir et nous y reviendrons, mais je suis pas sûr qu'il soit bon, à terme, de persister dans la confusion des genres en demandant au régime obligatoire de faire de l'obligatoire et du complémentaire. Comment pourra-t-on inciter à souscrire une complémentaire ? Que fera-t-on ? Faudra-t-il payer l'assurance maladie ? Il faudra bien, à un moment donné, clarifier les choses.

Je vous rejoins, monsieur Bapt, sur l'idée qu'il faut revoir régulièrement le forfait de déduction pour acquisition de complémentaire, mais pas en se calant sur l'évolution des prix. Nous devons y revenir une fois la réforme globale de l'assurance maladie conduite à son terme. Avis défavorable à l'amendement n° 133.

Mme la présidente. La parole est à M. Gérard Bapt, rapporteur spécial.

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. Je retire mon amendement.

Mme la présidente. L'amendement n° 133 est retiré. Je mets aux voix l'article 82.

(L'article 82 est adopté.)

Mme la présidente. Nous avons terminé l'examen des crédits du ministère de la santé, de la famille et des personnes handicapées.

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

2

DÉPÔT DE PROJETS DE LOI

Mme la présidente. J'ai reçu, le 12 novembre 2003, de M. le Premier ministre un projet de loi relatif au droit d'auteur et aux droits voisins dans la société de l'information.

Ce projet de loi n° 1206 est renvoyé à la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, en application de l'article 83 du règlement.

J'ai reçu, le 12 novembre 2003, de M. le Premier ministre un projet de loi autorisant l'approbation de la convention entre le Gouvernement de la République française et le Gouvernement de Nouvelle-Zélande relative à l'emploi des personnes à charge des membres des missions officielles d'un Etat dans l'autre (ensemble un échange de lettres).

Ce projet de loi n° 1207 est renvoyé à la commission des affaires étrangères, en application de l'article 83 du règlement.

J'ai reçu, le 12 novembre 2003, de M. le Premier ministre un projet de loi autorisant l'approbation de l'avenant à la convention du 29 janvier 1951 entre le

Gouvernement de la République française et le Gouvernement de la République italienne relative aux gares internationales de Modane et de Vintimille et aux sections de chemins de fer comprises entre ces gares et les frontières d'Italie et de France.

Ce projet de loi n° 1208 est renvoyé à la commission des affaires étrangères, en application de l'article 83 du règlement.

3

DÉPÔTS DE RAPPORTS

Mme la présidente. J'ai reçu, le 12 novembre 2003, de Mme Christine Boutin un rapport, n° 1205, fait au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales, sur le projet de loi, adopté par le Sénat, portant décentralisation en matière de revenu minimum d'insertion et créant un revenu minimum d'activité (n° 884).

J'ai reçu, le 12 novembre 2003, de M. Jean Leonetti, un rapport, n° 1209, fait au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République sur le projet de loi, modifié par le Sénat, modifiant la loi n° 52-893 du 25 juillet 1952 relative au droit d'asile (n° 1165).

4

ORDRE DU JOUR DES PROCHAINES SÉANCES

Mme la présidente. Aujourd'hui, à neuf heures trente, première séance publique :

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 2004, n° 1093 :

M. Gilles Carrez, rapporteur général au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (rapport n° 1110).

– Justice ; article 79 :

M. Pierre Albertini, rapporteur spécial au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 33 du rapport n° 1110).

– Administration centrale et services judiciaires :

M. Jean-Paul Garraud, rapporteur pour avis au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République (tome V de l'avis n° 1115).

– Services pénitentiaires et protection judiciaire de la jeunesse :

Mme Valérie Pécresse, rapporteure pour avis au nom de la commission des lois constitutionnelles, de la législation et de l'administration générale de la République (tome VI de l'avis n° 1115).

– Economie, finances et industrie : charges communes, services financiers, budget annexe des Monnaies et médailles, Trésor, commerce extérieur, industrie, Poste et télécommunications ; article 52.

– Charges communes :

M. Daniel Garrigue, rapporteur spécial au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 14 du rapport n° 1110).

– Services financiers, Monnaies et médailles :

M. Thierry Carcenac, rapporteur spécial au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 19 du rapport n° 1110).

– Commerce extérieur :

M. Camille de Rocca Serra, rapporteur spécial au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 15 du rapport n° 1110) ;

M. Jean-Paul Bacquet, rapporteur pour avis au nom de la commission des affaires étrangères (tome VI de l'avis n° 1113) ;

Mme Geneviève Perrin-Gaillard, rapporteure pour avis au nom de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire (tome V de l'avis n° 1112).

– Industrie :

M. Hervé Novelli, rapporteur spécial au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe 16 du rapport n° 1110) ;

M. Jacques Masdeu-Arus, rapporteur pour avis au nom de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire (tome VI de l'avis n° 1112).

– Poste et télécommunications :

M. Alain Joyandet, rapporteur spécial au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 18 du rapport n° 1110) ;

Mme Catherine Vautrin, rapporteure pour avis au nom de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire (tome VIII de l'avis n° 1112).

– Trésor et entreprises publiques :

M. Michel Diefenbacher, rapporteur spécial au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan (annexe n° 43 du rapport n° 1110).

A quinze heures, deuxième séance publique :

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

A vingt et une heures trente, troisième séance publique :

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

La séance est levée.

(La séance est levée, le jeudi 13 novembre 2003, à zéro heure dix.)

*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 6 novembre 2003

N° E 2424. – Proposition de décision du Conseil sur le commerce de certains produits sidérurgiques entre la Communauté européenne et l'Ukraine (COM [2003] 618 final).

N° E 2425. – Proposition de règlement du Parlement européen et du Conseil portant modification du règlement (CE) n° 1726/2000 relatif à la coopération au développement avec l'Afrique du Sud (COM [2003] 627 final).

Communications du 10 novembre 2003

N° E 2426. – Proposition de décision du Conseil instituant des conseils consultatifs régionaux dans le cadre de la politique commune de la pêche (COM [2003] 607 final) ;

N° E 2427. – Proposition de décision du Conseil définissant la position de la Communauté à l'égard de la prorogation de l'accord international de 1992 sur le sucre (COM [2003] 647 final).

ABONNEMENTS

(TARIFS 2003)

ÉDITIONS		TARIF abonnement France et outre-mer	FRANCE participation forfaitaire aux frais d'expédition *
Codes	Titres	Euros	Euros
DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :			
03	Compte rendu..... 1 an	20,70	57,40
33	Questions 1 an	20,60	40,10
83	Table compte rendu.....	10,00	6,40
93	Table questions.....	9,90	4,00
DÉBATS DU SÉNAT :			
05	Compte rendu..... 1 an	19,00	47,50
35	Questions 1 an	18,80	29,40
85	Table compte rendu.....	10,00	5,30
95	Table questions.....	6,30	3,80
DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :			
07	Série ordinaire..... 1 an	208,10	206,50
27	Série budgétaire..... 1 an	49,10	5,90
DOCUMENTS DU SÉNAT :			
09	Un an.....	199,60	181,30
<p>Les DÉBATS de l'ASSEMBLÉE NATIONALE font l'objet de deux éditions distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 03 : compte rendu intégral des séances ; - 33 : questions écrites et réponses des ministres. <p>Les DÉBATS du SÉNAT font l'objet de deux éditions distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 05 : compte rendu intégral des séances ; - 35 : questions écrites et réponses des ministres. <p>Les DOCUMENTS de l'ASSEMBLÉE NATIONALE font l'objet de deux éditions distinctes :</p> <ul style="list-style-type: none"> - 07 : projets et propositions de loi, rapports et avis des commissions ; - 27 : projets de lois de finances. <p>Les DOCUMENTS du SÉNAT comprennent les projets et propositions de loi, rapports et avis des commissions.</p>			
En cas de changement d'adresse, joindre une bande d'envoi à votre demande			
Tout paiement à la commande facilitera son exécution			
Pour expédition par voie aérienne (outre-mer) ou pour l'étranger, paiement d'un supplément modulé selon la zone de destination (*) Décret n° 2002-1191 du 20 septembre 2002			
DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION : 26, rue Desaix, 75727 PARIS CEDEX 15 STANDARD : 01-40-58-75-00 – RENSEIGNEMENTS DOCUMENTAIRES : 01-40-58-79-79 – TÉLÉCOPIE ABONNEMENT : 01-40-58-77-57			

Prix du numéro : **0,70** b