

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2004-2005

31^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du mardi 26 octobre 2004

Les articles, amendements et annexes figurent dans le fascicule bleu ci-joint



<http://www.assemblee-nationale.fr>

SOMMAIRE

DEUXIÈME PRÉSIDENTE DE M. MAURICE LEROY

1. **Loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 8539).

QUESTION PRÉALABLE (P. 8539)

Question préalable de M. Jean-Marc Ayrault : MM. Alain Claeys, Xavier Bertrand, secrétaire d'Etat à l'assurance maladie ; Bertho Audifax, Jean-Marie Le Guen, Claude Leterre. – Rejet.

DISCUSSION GÉNÉRALE (P. 8539)

Mme Jacqueline Fraysse,

MM. Bertho Audifax,

Gaëtan Gorce,

Jean-Luc Prél,

Maxime Gremetz,

Philippe Vitel,

Gérard Bapt,

Bruno Gilles,

Mme Hélène Mignon.

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

2. **Ordre du jour des prochaines séances** (p. 8560).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTIE DE M. MAURICE LEROY,

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

(La séance est ouverte à vingt-deux heures quinze.)

1

LOI DE FINANCEMENT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE POUR 2005

SUITE DE LA DISCUSSION D'UN PROJET DE LOI

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 (n^{os} 1830, 1876).

Cet après-midi, l'Assemblée s'est arrêtée après le rejet de l'exception d'irrecevabilité.

QUESTION PRÉALABLE

M. le président. J'ai reçu, de M. Jean-Marc Ayrault et des membres du groupe socialiste, une question préalable déposée en application de l'article 91, alinéa 4, du règlement.

La parole est à M. Alain Claeys, pour une durée ne pouvant excéder une heure trente.

M. Alain Claeys. Monsieur le président, monsieur le secrétaire d'État à l'assurance maladie, mes chers collègues, au moment où commence le débat parlementaire sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, une question préalable s'impose tout naturellement. Elle pourrait être réduite, monsieur le secrétaire d'État, à cette interrogation essentielle : que restera-t-il de la solidarité et des principes qui fondent notre système de protection sociale depuis soixante ans ? que restera-t-il de la sécurité sociale à l'issue de cette législature ?

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie. Tout !

M. Alain Claeys. Pas grand-chose, presque rien, une peau de chagrin.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour l'assurance maladie et les accidents du travail, et **M. Bernard Perrut,** rapporteur de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales pour les recettes et l'équilibre général. Oh !

M. Yves Bur, rapporteur pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan. Tout ce qui est excessif est insignifiant !

M. Alain Claeys. Depuis deux ans et demi, le travail de liquidation du Gouvernement et de la majorité fait son œuvre.

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Vous êtes décidément mesuré !

M. Alain Claeys. Ce troisième projet de loi de financement de la législature n'en est que la traduction. Vous avez malheureusement réussi à mettre en déficit tous les comptes sociaux ; cela restera votre performance et devra être inscrit à votre bilan.

Le déficit du régime général pour 2004 est historique, pour plusieurs raisons : c'est le plus élevé de l'histoire, avec 14 milliards, soit quatre fois plus qu'en 2002 ; toutes les branches sont en déficit ; de plus, c'est aussi le cas du régime agricole et du Fonds de solidarité vieillesse, bref de tous les comptes sociaux.

La loi organique sur les lois de finances vous conduit à remplacer le budget annexe des prestations sociales agricoles par le Fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles. Elle ne vous a cependant pas contraints à l'inaction. Le fonds, l'an prochain, sera en déséquilibre, son déficit venant s'ajouter à celui du régime général. Vous prévoyez un plafond d'avances de trésorerie au régime social agricole de 6,2 milliards d'euros, soit la moitié de celui du régime général. Mais que prévoyez-vous d'autre, monsieur le secrétaire d'État ?

Nous sommes face à la plus forte dégradation financière de toute l'histoire de la sécurité sociale et vous êtes totalement responsable de cette dérive. Depuis juin 2002, c'est la fuite en avant. Les déficits et la dette sociale ont explosé. Votre gouvernement a tourné le dos à toute politique de soutien de l'activité économique et de développement de l'emploi, préférant multiplier les allègements fiscaux ciblés sur les hauts revenus. Les débats de la semaine dernière sur le projet de loi de finances l'ont encore prouvé : baisse des droits de succession en faveur de 20 % des contribuables, alors que les autres successions, c'est-à-dire les moins importantes, étaient déjà exonérées ; baisse de l'impôt de solidarité sur la fortune pour moins de 1 % des contribuables ;...

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. C'est une obsession !

M. Alain Claeys. ... augmentation de la réduction d'impôt pour emploi à domicile au profit de moins de 40 000 familles.

Les résultats de cette politique sont sans appel : il y a aujourd'hui, dans notre pays, 200 000 chômeurs de plus qu'en juin 2002. Et 200 000 chômeurs de plus en un peu plus de deux ans, ce sont beaucoup trop de recettes perdues pour la sécurité sociale.

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. C'est à cause des 35 heures !

M. Alain Claeys. J'y reviendrai, monsieur le rapporteur.

Non content de faire plonger les recettes, vous avez abandonné toute démarche de maîtrise médicalisée des dépenses, choisi de revaloriser certains actes sans aucun engagement d'amélioration des pratiques et refusé toute réforme de l'organisation de l'offre de soins, vous contentant d'une réforme de la gouvernance de l'assurance maladie...

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Vous ne pouvez pas dire cela !

M. Alain Claeys. ... qui fera – j'y reviendrai – peser la responsabilité des nouvelles décisions de déremboursement sur le dos du tout-puissant directeur de l'Union des caisses d'assurance maladie, vous exonérant ainsi de la responsabilité des décisions les plus douloureuses pour les assurés sociaux.

Vous avez finalement reporté sans limite sur les générations futures des dizaines de milliards de dette sociale, résultant des déficits passés, actuels et à venir.

Votre majorité n'a de cesse – et je vous réponds, monsieur Door, ainsi qu'à M. Douste-Blazy, absent pour le moment,...

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Quelle élégance !

M. Jean-Louis Idiart. M. le ministre de la santé a un dîner en ville !

M. Alain Claeys. ... qui a évoqué l'« héritage » – d'avancer comme seule défense le coût qu'auraient imposé les 35 heures à la collectivité nationale et à la sécurité sociale.

Pour éclairer ce débat et nos concitoyens, je ne citerai que trois montants, ceux des déficits accumulés du régime général de la sécurité sociale sur trois périodes récentes : de 1993 à 1997, 40,49 milliards d'euros de déficit ; de 1998 à 2001, 3,17 milliards d'euros ; de 2002 à 2004, 24,7 milliards d'euros. Chacun sera juge pour qualifier la gestion de ces différentes périodes.

Mais ce qui est certain, monsieur le secrétaire d'État, c'est qu'à la mauvaise gestion vous avez ajouté l'injustice et l'inégalité. La réforme des retraites conduit à la diminution des pensions et au développement de la capitalisation. La réforme de l'assurance maladie pénalise uniquement les assurés sociaux et met en œuvre une médecine à deux vitesses.

Vous avez mis la sécurité sociale sous la pression des déficits. Aujourd'hui, vous maintenez cette pression et votre seule intention est de fragiliser la sécurité sociale : vous avez délibérément accepté de la mettre en faillite pour mieux la démanteler.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Procès d'intention !

M. Bernard Perrut, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Caricature !

M. Alain Claeys. Il s'agit d'une démarche libérale,...

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Fantasma !

M. Alain Claeys. ... où le financement des dépenses de santé et des pensions de retraite est progressivement transféré de la collectivité nationale vers des formules individuelles, en fonction des moyens de chacun.

C'est dans ce contexte pour le moins préoccupant, mes chers collègues, qu'intervient le débat sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005. Ses grandes lignes sont maintenant connues.

Le déficit du régime général serait ramené à 10 milliards d'euros, soit le triple de celui de 2002. Selon vous, monsieur le secrétaire d'État, c'est le signe d'un progrès. Mais cela n'est pas si sûr : en y regardant de plus près, on arrive très vite à la conclusion que le déficit de 2005 sera finalement comparable à celui de 2004. Car cette baisse, et plus particulièrement celle du déficit de l'assurance maladie, est purement fictive. Les seules choses acquises et certaines pour les Français, ce sont l'augmentation des prélèvements sociaux, de la CSG et de la CRDS sur les salaires et les allocations chômage, l'augmentation de la CSG sur les retraites imposables, la nouvelle hausse – un euro par an de 2005 à 2007 – du forfait hospitalier et la franchise,...

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Non ! La participation forfaitaire !

M. Alain Claeys. ...pour l'instant fixée à un euro, sur les consultations et les actes médicaux.

En définitive, malgré tous ces prélèvements supplémentaires et tous ces nouveaux déremboursements, la diminution du déficit de 2005 est très artificielle, pour plusieurs raisons.

Premièrement, vous bénéficiez de la soulte d'EDF-GDF. Il s'agit bien entendu de la contrepartie de l'adossment à la Caisse nationale d'assurance vieillesse des pensions de retraite des salariés des industries électriques et gazières. Mais vous devez reconnaître, monsieur le secrétaire d'État, que cela arrange bien la situation de l'ensemble des comptes publics pour 2005. Quoi qu'il en soit, il est impensable que les consommateurs de gaz et d'électricité doivent financer cette soulte, directement ou indirectement. Pourtant, l'article 28 de votre projet prévoit d'augmenter les fourchettes d'évolution du taux de la contribution sur l'acheminement d'énergie.

Deuxièmement, vous prévoyez une progression de la masse salariale de 4 %, après 2,6 % en 2004. On aimerait vous croire, monsieur le secrétaire d'État, mais rien ne permet d'espérer une amélioration de la situation de l'emploi dans notre pays l'année prochaine. Or un point de moins d'augmentation de la masse salariale représente 1,5 milliard de recettes en moins.

Troisièmement, le chiffrage des économies qui doivent résulter de la loi sur l'assurance maladie est irréaliste. Vous prévoyez un milliard d'économies en matière de dépenses de santé, mais aucun outil de maîtrise ne sera réellement mis en place. Vous avez, en revanche, recours à des procédures qui s'apparentent à des détournements de fonds. Je fais allusion aux ressources destinées initialement au financement des établissements hébergeant des personnes âgées, qui passent de la Caisse nationale de solidarité et d'autonomie vers l'assurance maladie, dans le seul but d'atténuer son déficit.

Ainsi, la diminution du déficit du régime général est très artificielle. C'est pourquoi je souhaiterais que nous prenions aujourd'hui un rendez-vous, monsieur le secrétaire d'État. Je propose que nous nous retrouvions au printemps prochain, lors de la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale. Je fais aujourd'hui le pari que le déficit du régime général sera malheureusement supérieur aux 10 milliards que vous affichez.

M. Jean-Marie Le Guen. Eh oui !

M. Alain Claeys. Si je vous propose ce rendez-vous, c'est que, à l'opposé de la logique comptable qui sous-tend votre loi sur l'assurance maladie, je souhaiterais que le pouvoir politique occupe une place centrale dans l'avenir

de la sécurité sociale. Il l'occupera si, au Parlement, nous engageons un débat serein, si ce débat ne se réduit pas à une simple formalité où vous venez faire valider par votre majorité vos objectifs et vos prévisions, sans jamais être dans l'obligation de rendre des comptes en cours d'exécution de la loi de financement.

En attendant, je vous pose une question simple, mais qui est très importante pour la sincérité de nos débats et pour leur crédibilité dans l'opinion publique : vous engagez-vous, dès aujourd'hui, à présenter un projet de loi rectificative en cas de dépassement des prévisions ?

Mme Paulette Guinchard-Kunstler. Très bonne question !

M. Alain Claeys. Ce qui m'amène à la première série de questions que l'on doit légitimement se poser en examinant votre projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 : est-il sincère ? L'objectif que vous affichez pour l'évolution des dépenses d'assurance maladie est-il réaliste ?

Je voudrais vous démontrer brièvement pourquoi la réponse à ces questions est négative. Vous présentez un ONDAM en augmentation de 3,2 %, en nous expliquant qu'il est en rupture avec le passé. Mais il n'en est rien. C'est un pur affichage, car rien ne permet de croire que cet objectif est réaliste et réalisable.

Pour ce qui est des ONDAM du passé, je vous fais remarquer – et je réponds ainsi indirectement à M. Douste-Blazy – que, s'ils étaient supérieurs, ils étaient accompagnés d'une évolution dynamique des recettes.

J'ai cité, au début de mon propos, les évolutions des déficits de 1993 à 1997, de 1998 à 2001, puis depuis 2002. Elles montrent à quel point il est fondamental, pour préserver notre régime de sécurité sociale, que les recettes soient à la hauteur des besoins légitimes des Français en matière de couverture sociale. Depuis deux ans, vous avez fait l'impasse sur ce point. L'augmentation du nombre de chômeurs porte un coup fatal à l'évolution des recettes.

Cette impasse sur les recettes est malheureusement aggravée, cette année, par une quadruple impasse sur les dépenses.

D'abord, le rapport de la commission des comptes indique que pour ramener la tendance actuelle d'une augmentation de 5,5 % à 3,2 %, il faut économiser 3,5 milliards. Vous présentez des mesures d'économie pour un montant de 2,9 milliards. Dans votre propre présentation, il y a donc déjà un écart de 600 millions d'euros, sur lequel vous devez des explications à la représentation nationale.

Deuxième impasse, sur les 2,9 milliards d'économies que vous prévoyez, vous annoncez, sans précision, 1 milliard d'économies liées à la maîtrise médicalisée. Pensez-vous aux moindres remboursements que subiront les assurés sociaux qui n'auront pas fait le choix d'un médecin traitant ou à la liberté tarifaire accordée aux spécialistes qui recevront en consultation un patient n'ayant pas été adressé par un médecin traitant ?

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. N'importe quoi !

M. Alain Claeys. Outre le fait qu'il s'agit de remboursements comptables, symboles d'une médecine à deux vitesses, comment pourraient-ils produire de telles économies puisqu'ils ne seront pas mis en place à si court terme ?

Monsieur le secrétaire d'État, si je raconte « n'importe quoi » et s'il s'agit d'autres instruments de maîtrise que ceux que je viens de citer, alors dites-nous lesquels ! Dites-nous quelles économies vous entendez réaliser, et selon quelles modalités !

Troisième impasse, – est-ce aussi n'importe quoi ? – cet objectif de 3,2 % n'intègre pas les mesures nouvelles que vous devrez financer en cours d'année. Je pense à la nouvelle convention médicale, à moins qu'il ne faille considérer qu'elle ne conduit à aucune revalorisation pour les professionnels de santé. Mais je n'imagine pas que vous puissiez demander aux médecins de la négocier sans leur indiquer que des moyens financiers nouveaux sont prévus. Je pense également à la refonte de la nomenclature des actes médicaux, ainsi qu'aux dépenses liées à la mise en œuvre du dossier médical personnel.

Quatrième impasse, votre ONDAM est irréaliste pour ce qui concerne l'hôpital. Pour ce dernier, vous retenez une évolution des dépenses qui ne permet que de financer l'évolution de la masse salariale, sans intégrer aucune mesure nouvelle, et les seules dépenses liées aux nouvelles molécules. L'écart entre les besoins et les moyens des hôpitaux ne pourra que s'accroître. Vous dites qu'il faut faire 800 millions d'économies, mais vous refusez d'aménager la réforme de la tarification à l'activité pour renforcer les missions de service public de l'hôpital.

M. Jean-Michel Dubernard, président de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales. Cela mériterait une démonstration !

M. Alain Claeys. Admettez, monsieur le secrétaire d'État, qu'il est difficile de s'y retrouver pour un parlementaire qui essaye de comprendre quels sont vos objectifs. Une chose est sûre cependant : par simple souci d'affichage, votre ONDAM est très nettement sous-estimé. La sincérité de ce projet de loi de financement s'en trouve totalement compromise. Et cela pourrait bien conduire le Conseil constitutionnel à renouveler les observations qu'il a formulées sur l'insincérité de la loi de financement de 2003.

Je comprends bien que vous ne pouviez pas, après la loi sur les retraites et la loi sur l'assurance maladie, présenter un projet de loi de financement dont il apparaîtrait que les mesures ne sont pas à la hauteur. Mais, ce n'est pas une raison pour travestir à ce point la réalité. À cet égard aussi, je réitère le rendez-vous que je vous ai fixé à la réunion de la Commission des comptes de la sécurité sociale du printemps prochain.

J'en viens à ma deuxième série de questions. Ce déficit, qui sera inévitablement supérieur à celui que vous affichez aujourd'hui, ne remet-il pas en cause les principes de solidarité et d'égal accès à la protection sociale et à la santé, inscrits dans notre Constitution ? Je vais vous montrer pourquoi la réponse ne peut, malheureusement, qu'être positive et vous expliquer comment le schéma de nouvelle gouvernance de l'assurance maladie y conduit inexorablement.

En présentant un ONDAM irréaliste, aujourd'hui, vous poussez le tout puissant directeur de l'Union des caisses à prendre, demain, les nouvelles mesures de déremboursement que vous ne voulez pas assumer. Vous vous défaussez de vos responsabilités, accentuant un peu plus le fossé entre les politiques et les citoyens.

Le comité d'alerte, créé par l'article 40 de la loi sur l'assurance maladie, est désormais chargé d'informer le Parlement, le Gouvernement et les caisses d'assurance maladie de l'évolution des dépenses, lorsqu'elle est incompatible avec le

respect de l'objectif voté par le Parlement. Il s'agit d'une structure administrative, liée à la Commission des comptes de la sécurité sociale, qui n'a pas de légitimité politique et dont le rôle d'alerte doit conduire les caisses d'assurance maladie à prendre des mesures de redressement. Si tous les décrets d'application de la loi sur l'assurance maladie ne sont pas publiés, je constate, en revanche, que celui relatif à ce comité est déjà paru. Ainsi, dès que l'ONDAM risquera d'être dépassé de seulement 0,75 %, le comité d'alerte informera notamment le directeur de l'Union des caisses de cette situation.

Pour 2005, 0,75 % de dépassement représente un écart de 1,01 milliard d'euros. Autant dire que, très rapidement, dès cette année, compte tenu du fait que votre ONDAM est, comme je l'ai démontré, sous-estimé d'au moins 1,6 milliard d'euros, le comité d'alerte ne pourra qu'inciter les caisses d'assurance maladie à des mesures dites de redressement.

M. Jean-Marie Le Guen. Évidemment !

M. Alain Claeys. Quelle sera la réaction de l'Union des caisses d'assurance maladie ? Quelle sera l'attitude du tout puissant directeur de l'Union des caisses ? Quels mécanismes sont prévus par la loi sur l'assurance maladie ?

L'article 55 de cette loi crée l'Union nationale des caisses d'assurance maladie, qui hérite d'une compétence fondamentale que la CNAM exerçait avec les autres caisses : négocier et signer les conventions avec les professionnels de santé exerçant en ville.

Vous avez également, monsieur le secrétaire d'État, transféré à l'UNCAM de nombreuses compétences jusqu'alors exercées par l'État. Elle décidera de l'admission au remboursement des actes et prestations. Elle fixera le niveau de remboursement en déterminant le forfait hospitalier, le niveau du ticket modérateur, celui de la franchise sur les actes et les consultations. Le ministre ne pourra s'opposer aux décisions de l'UNCAM que pour des motifs de santé publique, et non pas si elles portent atteinte au principe d'égal accès aux soins.

Le conseil de l'UNCAM sera constitué de douze membres du conseil de la CNAMTS – six représentants des salariés et six représentants des employeurs –, de trois membres du conseil de la caisse des non salariés agricoles et de trois membres de la MSA. La composition du conseil de l'UNCAM offre de nouvelles possibilités aux représentants des employeurs dans la gestion de l'assurance maladie. Ils peuvent désormais trouver des appuis parmi les non-salariés. Ils ne sont plus obligés, comme c'était le cas au sein du conseil de la CNAM, de s'entendre durablement avec des organisations de salariés.

C'est l'UNCAM, et plus concrètement son directeur, qui déterminera désormais le niveau de prise en charge des soins par la collectivité nationale. Ce rôle déterminant sera double : le directeur de l'UNCAM agira sur les niveaux de déremboursement et interviendra en tant que négociateur des conventions par l'attitude qu'il adoptera à l'égard du secteur 2.

Même s'il est nommé par le pouvoir politique, le directeur de l'UNCAM est, en fait, une véritable institution à lui tout seul – nous ne nous sommes pas suffisamment attardés sur ce point lors du débat de juillet dernier. Il cumule les fonctions de directeur général de la Caisse nationale d'assurance maladie des salariés et de directeur de l'UNCAM. Il est nommé par le Gouvernement pour une durée de

cinq ans, mais c'est le conseil de la CNAM qui peut mettre fin à ses fonctions de directeur de l'UNCAM, à la majorité des deux tiers.

S'il juge une mesure de redressement nécessaire, quelle décision d'effet immédiat le directeur de l'UNCAM peut-il prendre ? Il n'aura finalement qu'un seul outil à sa disposition : modifier les niveaux de remboursement, et plus particulièrement augmenter la franchise sur les actes et les consultations.

En cas de désaccord, le conseil de l'UNCAM peut, sur avis motivé, lui demander de présenter une seconde décision. Le conseil ne pourra s'opposer à celle-ci qu'à la majorité des deux tiers, ce qui signifie qu'il ne pourra pas le faire sans l'appui des représentants des employeurs. Voilà la logique implacable de l'article 55 de la loi sur l'assurance maladie. Autrement dit, rien ne s'oppose véritablement à une décision du directeur de l'UNCAM qui viserait à augmenter la franchise sur les actes médicaux. Elle peut être prise très facilement.

La loi sur l'assurance maladie fait donc du directeur de l'UNCAM le gardien de l'ONDAM. Elle déplace du pouvoir politique vers ce gardien tout puissant la responsabilité de la définition des conditions de l'équilibre de la sécurité sociale.

Le Parlement va voter un objectif, sur la base d'hypothèses plus ou moins réalistes, et n'aura pas la possibilité d'intervenir *a posteriori*. En cas d'alerte sur le dépassement des objectifs, l'État n'est pas tenu à la moindre réaction : les mécanismes de la loi sur l'assurance maladie n'envisagent pas qu'il doive faire face à un surcroît de dépenses par une augmentation de la CSG. Les parlementaires ont souvent souligné que des dépassements d'objectifs devraient entraîner le vote de lois rectificatives. Mais cette perspective s'éloigne encore un peu plus. À moins, monsieur le secrétaire d'État, que vous ne preniez aujourd'hui l'engagement, s'il y a dépassement, de présenter au Parlement une loi de financement rectificative. Je vous rappelle que votre prédécesseur, M. Mattei, avait pris un tel engagement.

M. Gaëtan Gorce. C'est vrai !

M. Alain Claeys. L'alerte pour dépassement sera donc un appel à agir pour le directeur de l'UNCAM. Pour couvrir une dérive de 2,5 milliards d'euros, il faudrait augmenter la franchise d'au moins 4 euros. Dès le courant de l'année 2005, cette franchise pourrait donc être de 5 euros, au lieu de l'euro symbolique annoncé au moment de la loi sur l'assurance maladie. Cette décision sera prise sans que le Gouvernement ni le Parlement n'interviennent, mais avec la bénédiction des représentants des employeurs, dont la voix sera déterminante, non pour accepter cette augmentation, mais simplement pour ne pas s'y opposer.

Diminuer les remboursements est certes un exercice à haut risque politique pour les gouvernements qui s'y essaient. L'ensemble du dispositif de la loi sur l'assurance maladie a été conçu pour diminuer ou plus exactement faire disparaître ce risque. Le transfert de compétences en matière de remboursement n'a pas d'autre explication. Les propositions de déremboursement seront légitimées par le conseil de l'UNCAM où le veto ne peut être obtenu sans les employeurs. Faire apparaître les diminutions de remboursement comme une mesure technique, indépendante du politique, est plus que condamnable. Ce retrait du politique vous permet d'éluder vos responsabilités. Il est très dangereux pour notre démocratie, car il suscite de nombreuses

interrogations sur nos institutions. Organiser l'impuissance ou l'irresponsabilité du politique, c'est affaiblir sa légitimité.

Votre attitude est également dangereuse pour les assurés sociaux. En effet, vos prévisions sont irréalistes et vous le savez parfaitement. Vous en connaissez déjà les conséquences : les remboursements vont diminuer. C'est le résultat direct de la loi que vous avez présentée au Parlement et qui, de ce point de vue, est très machiavélique. Elle vous permet de faire porter à d'autres la responsabilité d'une décision douloureuse pour tous les assurés sociaux.

L'accès aux soins sera d'autant plus compromis que la franchise, quel qu'en soit le montant, restera à la charge de l'assuré. Le Conseil constitutionnel vous a pourtant mis en garde quant au risque de voir l'accès aux soins remis en cause si le montant de cette franchise devenait trop important. Mais je crains qu'il n'y ait d'autre issue à court et à moyen terme. Vous avez en effet refusé, lors du débat sur l'assurance maladie, toute réforme de l'organisation du système de santé. Vous avez simplement mis en marche une formidable machine à dérembourser, dont vous ne voulez pas assumer la responsabilité.

Au lieu de nous promettre une modification de la loi organique sur les lois de financement pour verrouiller définitivement cette réforme comptable, vous feriez mieux, monsieur le secrétaire d'État, de vous engager dans une voie qui donnerait au Parlement une place importante dans la définition des objectifs de santé publique et des moyens pour y parvenir.

Pour les socialistes, l'État est le responsable de l'organisation du système de soins, de la définition de la politique de santé, du périmètre des soins et des conditions de l'équilibre des comptes. L'État doit répartir les moyens et organiser l'offre de soins sur l'ensemble du territoire de façon à assurer à chacun l'égal accès aux soins et un bon niveau de prise en charge. La réforme de l'offre de soins est le préalable à celle de l'organisation de l'assurance maladie. C'est le contraire qui a été fait cet été. Nous en voyons les conséquences néfastes dès la première loi de financement de la sécurité sociale qui suit directement votre réforme.

Nous refusons cette démission du politique. C'est pourquoi, je trouverais plus judicieux que le Parlement se prononce tous les ans non sur un objectif d'évolution des dépenses de santé ou sur l'évolution des dépenses et des recettes de chacune des branches, mais plutôt, par exemple, sur le niveau de prise en charge des dépenses de santé par la collectivité, sur le niveau de remplacement des pensions de retraite. C'est dans ce sens qu'il faut réformer la loi organique sur les lois de financement de la sécurité sociale.

En conclusion, monsieur le secrétaire d'État, je constate que vous remettez en cause les principes de solidarité de la sécurité sociale parce que vous faites, sans l'assumer, du dérembourser la variable d'ajustement de la politique de santé. J'invite donc notre assemblée à voter la question préalable. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie.

M. Xavier Bertrand, secrétaire d'État à l'assurance maladie. Monsieur Claeys, je serais tenté de répondre à votre virulence par notre transparence (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste*), celle que nous avons toujours affichée dans les débats parlementaires. J'ai le souvenir d'avoir assisté dans cet hémicycle à 145 heures de débat, dont une très

grande partie en votre compagnie, et j'avais le sentiment que nous avions passé suffisamment de temps à l'examen de la réforme. Visiblement, ce n'est pas le cas : je me suis trompé puisque vous tentez de recommencer la discussion que nous avons eue cet été.

Il semble que vous ressentiez une certaine aigreur, mais peut-être est-ce parce que vous, vous n'avez pas eu le courage de mener cette réforme de l'assurance maladie, alors que la croissance, à l'époque, vous aurait permis de le faire plus facilement que nous.

M. Richard Mallié. Courage, fuyons !

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Vous êtes écartelés entre votre manque de courage et la nécessité de sauvegarder notre régime d'assurance maladie, qui relève de la responsabilité de chaque élu. Pour notre part, nous pensons sincèrement qu'il est possible de sauvegarder l'assurance maladie tout en maintenant l'exercice libéral de la médecine, ce que vous estimez incompatible. Je pense que vous vous trompez, monsieur Claeys, ainsi que vos amis.

Cette différence fondamentale est apparue clairement dans les débats parlementaires, non seulement sur tous les bancs de cet hémicycle, mais aussi aux yeux de l'ensemble des professionnels de santé et des usagers. Les masques sont tombés et chacun a pu juger ! (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

Face aux problèmes structurels que connaît notre régime de protection sociale en raison de l'allongement de la durée de la vie, il y a ceux qui font des rapports et il y a ceux qui agissent : nous avons pris nos responsabilités et engagé les réformes nécessaires.

Si vous ressentez de l'aigreur, monsieur Claeys, c'est aussi parce que vous sentez bien, auprès des électeurs de votre circonscription et dans les enquêtes d'opinion, que les principes fondateurs de cette réforme sont acceptés par les Français.

M. Jean-Louis Idiart. Dans deux ans, les Français vont vous ausculter ! Et la moitié d'entre vous ne seront plus là !

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Lors du débat parlementaire, vous étiez d'accord sur les principes, mais vous cherchiez toujours un prétexte pour être en désaccord sur les modalités : je pense notamment au dossier médical personnel et à l'institution du médecin traitant. Or vous constatez, enquête après enquête, que les professionnels de santé et les usagers sont prêts, quant à eux, à relever le défi.

Concernant la gouvernance, soit vous n'avez pas lu attentivement le texte du projet, soit vous nous faites un procès d'intention. Je ne vous en croyais pas capable mais, après vous avoir écouté, je pense que vos propos relèvent davantage du procès d'intention que du procès argumenté. Car, malgré vos talents de procureur, vous n'avez pas employé d'arguments assez valides pour convaincre ou même ébranler.

M. Alain Claeys. Répondez à mes questions, monsieur le secrétaire d'État !

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Vous trahissez la réalité de cette nouvelle gouvernance.

Je ne reviendrai pas sur les conditions qui ont conduit certains partenaires sociaux à quitter l'assurance maladie. Mais, contrairement à vos dénégations de cet été, tous les acteurs seront présents après-demain pour l'installation du nouveau conseil d'administration de la CNAMTS. Cela

signifie que cette nouvelle gouvernance a bel et bien instauré un équilibre entre les pouvoirs au sein de l'assurance maladie et que chacun est prêt à relever le défi. Telle est la vérité !

Vous nous avez reproché d'avoir d'ores et déjà publié le décret sur le comité d'alerte,...

M. Alain Claeys. Non !

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. ... décret en tout point conforme à l'esprit de la loi. Nous avons simplement écrit ce qui résultait du vote des parlementaires.

M. Alain Claeys. Certes !

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Et je voudrais, là aussi, dénoncer le mauvais procès que vous me faites en la matière. Vous avez été, comme tous les parlementaires, au début du mois de septembre, destinataire des dates de publication de l'ensemble des décrets. C'est sans doute, monsieur Claeys, la première fois que vous avez eu ce type de document.

M. Jean-Marie Le Guen. Creuse, Stakhanov, il y a encore du charbon !

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Je vois que vous avez de saines références, monsieur Le Guen !

Ce travail a été mené dans la plus grande transparence. Je ne comprends donc pas les motifs de votre étonnement.

Vous avez en permanence le mot de déremboursement à la bouche. En réalité, vous avez compris qu'il n'y avait dans cette réforme aucune modification des périmètres respectifs des régimes obligatoires et des régimes complémentaires. Peut-être n'auriez-vous pas agi ainsi, mais nous avons maintenu la frontière intangible, et il n'y a aucun déremboursement dans cette réforme. Cette question vous a sans doute beaucoup gênés, parce qu'à la veille des élections présidentielles et législatives, vous n'avez pas tenu votre promesse de procéder au déremboursement de médicaments au SMR insuffisant. Vous n'avez pas eu le courage de le faire. Mais ce n'est pas une raison pour n'avoir que ce mot aux lèvres.

Concernant le rôle de l'État, nous avons entendu différentes expressions, notamment dans la bouche de M. Le Guen, s'agissant du directeur général. Je rappelle qu'il est là pour travailler dans un esprit constructif avec l'ensemble des partenaires sociaux, il est là...

Mme Paulette Guinchard-Kunstler. Eh oui !

M. Jean-Marie Le Guen. Il a même été là pendant tout le mois de juillet !

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. ... pour mettre en œuvre la réforme. Nous avons voulu le doter de pouvoirs importants, c'est vrai, mais je tiens à dire qu'il agira dans le cadre des orientations définies par le conseil de l'UNCAM.

Il n'est pas pertinent d'essayer d'attribuer aux uns ou aux autres les déficits de la sécurité sociale. Je ne vous rappellerai pas, monsieur Claeys, que votre majorité a bénéficié en son temps d'une forte croissance.

M. Jean-Louis Idiart. Vous l'avez déjà dit !

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Vous avez pourtant laissé déraiper les dépenses d'assurance maladie. Mais ne nous renvoyons pas ces chiffres à la figure : l'avenir fera office de juge de paix.

Je vous avais donné rendez-vous fin 2005, pour voir si la maîtrise médicalisée avait réussi et si le déficit s'élevait bien à 8 milliards d'euros. Vous nous proposez de prendre rendez-vous plus tôt, au mois de mars ou d'avril. Soit ! Nous examinerons les chiffres. Mais j'observe, monsieur Claeys, que vous n'avez pas commenté ceux de la semaine dernière, qui montrent qu'une politique de longue haleine menée par la CNAM porte ses fruits, qu'il s'agisse d'indemnités journalières, d'antibiotiques ou de génériques. (*Interruptions sur les bancs du groupe socialiste.*)

Cela montre qu'une évolution des comportements de tous les acteurs est possible.

M. Richard Mallié. Eh oui !

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Il faut accepter de regarder la réalité en face. Faites-vous confiance aux Français ? Visiblement, non. Nous, nous leur faisons confiance.

M. Alain Claeys. Mais ce n'est pas réciproque !

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. J'en terminerai avec la question, que vous avez souvent abordée, de l'égalité d'accès aux soins. Vous avez souhaité saisir le Conseil constitutionnel pendant l'été. Il a été particulièrement clair dans son interprétation du texte de la loi portant réforme de l'assurance maladie, puisqu'aucune disposition n'a été censurée. La preuve est faite : l'égalité d'accès aux soins, un des principes qui guident notre action, est aujourd'hui une réalité, comme elle le sera demain.

Nous gardons bien évidemment à l'esprit les recommandations qui nous ont été faites. Il n'y a pas de « franchise » dans cette réforme,...

M. Jean-Marie Le Guen. Ça, c'est vrai ! (*Sourires.*)

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. ...mais une participation forfaitaire d'un euro par consultation. Toujours est-il que nous maintenons l'égalité d'accès aux soins. Vous le savez pertinemment : sans la réforme de l'assurance maladie, nous ne pourrions même plus en parler.

Voulez-vous refaire ce soir le débat de l'été dernier, monsieur Claeys ? Très franchement, votre défense de la question préalable montre que, contrairement aux Français, vous n'êtes pas prêt à faire évoluer votre comportement. Vous continuez à vous complaire dans une forme d'archaïsme, ce qui ne peut rien augurer de bon pour l'avenir de la sécurité sociale. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. Dans les explications de vote sur la question préalable, la parole est à M. Bertho Audifax, pour le groupe UMP.

M. Bertho Audifax. Une question préalable a pour but de décider qu'il n'y a pas lieu à délibérer. Comment nos collègues socialistes, après nous avoir décrit une situation aussi apocalyptique, peuvent-ils parvenir à une telle conclusion ? Si tout va si mal, il est d'autant plus nécessaire de délibérer !

Vous instruisez toujours le même procès, vous usez toujours des mêmes affirmations péremptoires : « Vous ne maîtrisez pas les comptes ! », « Vous augmentez les prélèvements sur les plus modestes ! », « Votre noir dessein est finalement de démanteler la sécurité sociale ! ». Tout se passe comme si les déficits sociaux n'existaient que depuis 2002. Mais dans ce cas, pourquoi la dette de l'État a-t-elle augmenté pendant le mandat de M. Jospin, en pleine période de croissance ?

Comment pouvez-vous ignorer que tous les autres pays européens ont pris des mesures encore plus dures que celles que ce gouvernement est amené à prendre aujourd'hui pour redresser les comptes de la sécurité sociale ? Quand je vous entends, je me demande ce que diraient les socialistes s'ils devaient subir les mesures décidées par M. Blair ou M. Schröder ? (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. Jean-Marie Le Guen. N'importe quoi !

M. Bertho Audifax. Augmenter, comme vous le souhaitez, le prélèvement sur les entreprises revient à affaiblir leur compétitivité, et donc à accroître le chômage.

Vous voulez démanteler la médecine libérale. (*Exclamations sur les bancs du groupe socialiste.*)

Mme Catherine Génisson. Arrêtez !

M. Bertho Audifax. M. Le Guen l'a dit très clairement !

M. Jean-Marie Le Guen. Je suis le diable ! Voyez mes cornes !

M. Bertho Audifax. Êtes-vous sûrs que si vous parveniez à vos fins, le service public coûterait moins cher et deviendrait meilleur ?

M. Jean-Marie Le Guen. Regardez derrière vous, il y a peut-être un char russe !

M. le président. Monsieur Le Guen, vous allez pouvoir vous exprimer dans quelques instants !

M. Bertho Audifax. Quant à nous, députés de l'UMP, nous allons repousser la question préalable. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. La parole est à M. Jean-Marie Le Guen, pour le groupe socialiste. (*Protestations sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. Richard Mallié. Ah non ! Il a déjà parlé une heure et demie !

M. Jean-Marie Le Guen. Il y a tout lieu, au contraire, d'adopter la question préalable, car ce texte n'est pas à la hauteur des problèmes que rencontre aujourd'hui l'assurance maladie.

Monsieur le secrétaire d'État, vous nous avez répondu d'une manière quelque peu étonnante, mais au fond assez significative.

M. Jean-Louis Idiart. D'une manière pédante !

M. Jean-Marie Le Guen. Le mot me venait spontanément à l'esprit, mais je dirai que, pour l'essentiel, votre discours était caractérisé par l'autisme : vous nous avez servi des formules toutes faites, préparées à l'avance, avant même d'avoir entendu Alain Claeys, semble-t-il.

« Vous allez nous refaire le débat de juillet », dites-vous. Pas du tout ! En aucune façon l'intervention d'Alain Claeys n'allait dans ce sens. Il vous a, au contraire, posé des questions pour l'avenir – non pas pour un avenir lointain, mais pour 2005, lorsque cette loi viendra en application.

Lorsqu'il évoque une loi de financement rectificative, notre collègue vous pose une question précise, au cœur de ce que devrait être la réflexion sur le budget de la sécurité sociale. Le Gouvernement s'engage-t-il à présenter un rectificatif en juillet prochain si la situation le rendait nécessaire ? En la matière, en effet, vous assénez des chiffres avec une assurance disproportionnée.

Comment, en effet, pouvez-vous prétendre maîtriser les dépenses alors même que vous vous en remettez entièrement à la convention ? Vous multipliez les promesses d'économies devant l'Assemblée nationale sans être capable de détailler avec un minimum d'honnêteté – non seulement devant nous, mais aussi devant les partenaires sociaux – le contenu de la négociation destinée à élaborer cette convention. Quel mandat allez-vous accorder au fameux proconsul ? Toutes ces questions sont restées sans réponse.

Mme Paulette Guinchard-Kunstler. On les attend encore !

M. Jean-Marie Le Guen. Allez-vous, oui ou non, donner un mandat précis au proconsul afin que cette convention fixe des honoraires que vous estimez légitimes ?

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. Vous n'avez pas lu le projet de loi ?

M. Jean-Marie Le Guen. Allez-vous lui demander de rester strictement dans les clous de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 ou le laisserez-vous faire ce qu'il a à faire ? Allez-vous vous prononcer pour la libération des honoraires ? Dites-le nous ! Voilà les questions que se posent les Français !

M. Philippe Vitel. Les socialistes se les posent peut-être, mais sûrement pas les Français !

M. Jean-Marie Le Guen. Ils veulent connaître le montant du déficit à la fin ou même au milieu de l'année prochaine. Ils sont fondés à se poser la question après trois années successives marquées par des déficits colossaux et des dépassements de l'ONDAM ! Chaque fois nous les avons dénoncés, chaque fois vous avez nié avec la même morgue.

Vous devez apporter des réponses devant cette assemblée si nous voulons que le débat sur la loi de financement ait un minimum de sens. Ces questions ne datent pas du mois de juillet, elles sont d'actualité : quel mandat allez-vous donner au proconsul ? Vous engagez-vous à présenter une loi de financement rectificative dans l'hypothèse, malheureusement crédible de notre point de vue, où l'ONDAM serait dépassé ? Ce sont des interrogations simples et que nous vous poserons jusqu'au bout. En tout état de cause, elles motivent pleinement l'adoption de la question préalable, puisque le Gouvernement n'a pas été, à l'heure où nous parlons, capable de nous répondre. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Claude Leterre, pour le groupe UDF.

M. Claude Leterre. Je souhaite d'abord, monsieur le président, saluer votre présence : c'est en effet la première fois que je parle sous votre autorité. (*Applaudissements sur divers bancs.*)

M. Jean-Marie Le Guen. J'aurais dû le faire, moi aussi ! *Mea culpa* !

M. Claude Leterre. Je rends donc hommage à votre majesté quasi royale. (*Sourires.*)

S'agissant maintenant de la question préalable, je voudrais rappeler l'inquiétude ressentie par les Français à un moment où la sécurité sociale est au cœur de leurs préoccupations. En effet, les réponses qu'ils ont obtenues cet été les ont mis mal à l'aise, pour une raison très simple : on a transféré à nos enfants et petits-enfants la charge de financer les soins que nous ne savons pas aujourd'hui prendre en charge.

M. François Sauvadet. Eh oui !

M. Claude Leteurtre. Gardons à l'esprit la somme de 365 milliards d'euros : elle montre toute l'importance de l'enjeu.

Les Français se demandent s'ils seront toujours bien soignés, si le nombre de médecins sera suffisant, si l'on procédera à des remboursements. L'inquiétude est réelle et profonde.

Elle l'est également dans le milieu hospitalier, qu'il soit privé ou public. Je ne m'étendrai pas sur ce point, car j'y reviendrai à l'occasion de l'article 1er. Dans les établissements, les gestionnaires ne savent pas comment finir l'année : les reports de charges n'ont pas été compensés, et il n'y a, *a priori*, pas de rebasage pour la définition de l'ONDAM.

Dans ces conditions, les inquiétudes sont légitimes, et notre collègue Alain Claeys a posé de vraies questions. Ses interrogations étaient pertinentes et dépourvues de polémique. Il me paraît important d'entrer dans le vif du sujet et de lever toutes les incertitudes. Les gens veulent savoir où ils vont.

M. François Sauvadet. Ils en ont le droit !

M. Claude Leteurtre. Ils ne savent pas, par exemple, quel sera le montant exact de la tarification à l'activité servant à définir leur budget de santé. C'est un élément important. Pourtant, la TAA varie entre 10 et 30 %. Sachant que l'hyperactivité pénalise les établissements, les choses ne sont pas simples. Les reports de charges n'ont fait qu'effacer une partie de la dette. Les dépenses structurelles ne sont pas prises en charge.

Il faut donc ouvrir le débat, apporter des réponses dans la sérénité, sans passion, de manière technique et positive. Et c'est parce qu'elle espère ce débat que l'UDF ne votera pas la question préalable. (*Applaudissements sur les bancs du groupe Union pour la démocratie française.*)

M. le président. Je mets aux voix la question préalable.

(*La question préalable n'est pas adoptée.*)

DISCUSSION GÉNÉRALE

M. le président. Dans la discussion générale, la parole est à Mme Jacqueline Fraysse.

Mme Jacqueline Fraysse. Il y avait bien longtemps, monsieur le ministre de la santé et de la protection sociale, que votre gouvernement ne nous avait pas présenté un tel projet de loi de financement de la sécurité sociale : à la différence des précédents, il ne propose en effet pratiquement rien. Il ne fait que prolonger les orientations engagées par la précédente loi de financement, par le plan Hôpital 2007 et par la réforme encore fraîche de l'assurance maladie. Il peaufine le travail effectué par les différentes lois déjà adoptées en la matière en s'efforçant de réduire la part des ressources consacrées aux prestations de sécurité sociale, alors que les inégalités sociales devant la santé et la mort perdurent, voire se creusent.

Avec ce projet de loi, vous accentuez le désengagement de l'État de ses missions de santé publique en reportant le coût sur l'assurance maladie. Vous instaurez une visite gratuite de prévention pour les enfants de cinq ans, ...

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Pas pour les enfants de cinq ans, pour les élèves de cinquième !

Mme Jacqueline Fraysse. ... mais vous savez très bien qu'avec 1 346 médecins scolaires pour 12 millions d'élèves, et quand, de surcroît, 80 % de ces médecins vont partir en retraite dans les cinq prochaines années, une telle mesure, *a priori* intéressante, ne peut que se réduire à une annonce sans lendemain.

De même et paradoxalement, sous couvert d'un élargissement de la définition de l'urgence sanitaire grave, vous réduisez le champ d'intervention sanitaire de l'État lors de ces crises en transférant leur charge financière sur l'assurance maladie. La loi de santé publique votée l'été dernier, qui précisait les obligations et devoirs de l'État en matière de santé publique vis-à-vis de nos concitoyens, semble bien être déjà oubliée.

En matière de gestion hospitalière, vous proposez de finaliser la mise en œuvre de la T2A dans les établissements de santé publics et privés, en dépit de l'opposition de plus en plus ouverte des personnels hospitaliers, qu'ils soient médicaux ou administratifs, en dépit des mises en doute explicites des responsables de pôles hospitaliers quant à l'efficacité du dispositif.

Pourtant, vous savez comme moi, et l'expérience étrangère est significative à ce sujet, que le financement des hôpitaux à l'activité est vecteur d'inégalités tant sociales que territoriales dans la prise en charge des malades, qu'il crée une concurrence entre les établissements et leurs services, portant atteinte à la qualité du service public médical rendu. Alors que les hôpitaux sont déjà étranglés financièrement par une stratégie de rationnement de l'offre de soins au point d'envisager l'inimaginable, le dépôt de bilan de grands hôpitaux comme celui d'Argenteuil, on peut raisonnablement penser que ces mesures de financement vont définitivement les asphyxier.

Ce dont ils ont besoin n'est ni original, ni compliqué : ils ont besoin de personnels qualifiés et de moyens pour fonctionner. Nous vous avons fait un certain nombre de propositions allant dans ce sens, mais vous avez décidé de ne pas les entendre et de poursuivre sur la voie du rationnement.

Vous ne vous en tenez pas là !

Vous autorisez la majoration du tarif des consultations en établissement pour les patients n'ayant pas bénéficié d'un accord préalable de leur médecin traitant, majoration qui touchera essentiellement les ménages les plus pauvres puisque grands utilisateurs de l'hôpital faute de ressources suffisantes.

Vous réorientez le champ d'intervention du fonds de modernisation des établissements de santé dans le sens d'une « prime aux bons élèves du rationnement ». Ce fonds sera autorisé à reverser aux établissements de santé une partie des économies qu'il aura réalisées sur lui-même dans cette course à la réduction des prestations au nom des « bonnes pratiques hospitalières ». Encore et toujours des mesures d'économie draconiennes sur l'offre de soins et la santé des assurés sociaux !

Et, au final, vous nous proposez un ONDAM de 3,2 % pour 2005, alors que les prévisions pour 2004 sont de l'ordre de 5,7 %. Ce chiffre confirme très concrètement que votre objectif se résume à une diminution des dépenses de santé prises en charge par l'assurance maladie, donc à une réduction du périmètre de couverture des soins des assurés sociaux.

Pour la branche accidents du travail-maladies professionnelles, les choix que vous faites sont du même ordre concernant les salariés et l'assurance maladie. Mon collègue Maxime Gremetz les explicitera dans son intervention.

Concernant la branche famille, vous poursuivez votre politique familiale d'individualisation de la prise en charge de la petite enfance. La hausse de la prime à la naissance pour les familles adoptantes répond très certainement à une attente, mais la considérer comme une politique en faveur des familles est pour le moins démagogique si j'en juge par son impact quantitatif.

En revanche, il convient de souligner que, cette année encore, vous n'envisagez rien pour la prise en charge collective de la petite enfance, alors que ce secteur manque de moyens de fonctionnement suffisants, au regard du nombre de demandes des familles.

Quant à la branche vieillesse, vous tirez très logiquement les conséquences catastrophiques pour elle de la réforme des retraites et de la privatisation annoncée des entreprises publiques EDF et GDF. Votre projet propose un départ en retraite anticipée pour les carrières longues des fonctionnaires des collectivités locales dans des conditions inacceptables, sans même prévoir le remplacement de ces départs afin d'assurer le fonctionnement des collectivités. Pour répondre à votre ambition de réduire le déficit public, vous prenez le risque énorme de déséquilibrer et de paralyser le fonctionnement des administrations locales, ce qui est irresponsable.

Mais ce n'est pas tout, car vous financiarisez, via le fond de réserve des retraites, la soule qu'EDF et GDF doivent verser à la Caisse nationale d'assurance vieillesse pour la retraite future des personnels de ces entreprises. Vous engagez ainsi la retraite de ces professionnels et les comptes de la CNAV dans un jeu boursier très dangereux.

Enfin, ce PLFSS pour 2005 ne répond pas aux impératifs financiers de l'institution.

Selon toutes probabilités, l'ensemble des branches seront en déficit l'an prochain, et la branche maladie le sera de 8 milliards d'euros, cela en dépit des 20 milliards d'économies que vous prévoyez de réaliser sur la couverture sociale des assurés sociaux, et plus particulièrement sur leur couverture maladie.

Or quelles mesures de financement prévoyez-vous pour répondre aux besoins d'aujourd'hui ? Aucune qui assure des ressources pérennes pour la sécurité sociale permettant un haut niveau de prise en charge des assurés sociaux. Pourtant, là encore, les moyens existent, et ce n'est pas faute de vous en avoir fait la démonstration.

Dans ces conditions, permettez-nous, monsieur le ministre, de nous interroger sur l'interprétation que nous devons donner à ce « retour de la confiance » dont vous prévaluez ? De qui parlez-vous ? De vous et du patronat, qui retourne volontiers dans les instances de régulation de la sécurité sociale depuis la fin de l'été, ou des assurés sociaux qui seront encore à la peine en 2005 ?

Force est de constater que ce PLFSS pour 2005 incarne encore et toujours votre volonté de régression à l'égard de la sécurité sociale, en lien direct avec le totalitarisme de marché qui caractérise la politique globale de votre gouvernement.

Oui, monsieur le ministre, c'est bien ainsi qu'il faut qualifier cette politique, c'est sa grille de lecture la plus claire. Depuis votre prise de pouvoir, vous n'avez fait que dynamiser l'ordre social public au nom d'une libéralisation

outrancière visant à introduire la flexibilité et la régulation marchande dans tous les pans de l'organisation sociale, au mépris des besoins économiques et sociaux de nos concitoyens.

Notre système de retraite par répartition a été institué pour dépasser l'insécurité de la dernière période de la vie. Il a atteint son but, mais vous l'avez laminé pour introduire les fonds de pension et les marchés financiers dans le dispositif.

Notre système de prise en charge solidaire des soins par l'assurance maladie répondait à un impératif de sécurité des parcours de vie et d'amélioration globale de la santé de nos concitoyens. En dépit de ses imperfections, il a été une réussite exemplaire reconnue par tous. Mais, pour répondre aux ambitions des marchands de la santé, vous avez installé, sous la férule de l'État, les conditions d'une privatisation de cette couverture socialisée de santé.

Et ce n'est pas tout, car votre projet de marchandisation de la société française ambitionne aussi de liquider un à un les services publics en les privatisant. Ces services publics placés sous la responsabilité de l'État visent à offrir à tous certains services nécessaires à la vie quotidienne des citoyens. Cette colonne vertébrale du développement de la nation, vous décidez de la briser au profit des marchés financiers. Vous l'avez fait avec France Télécom et EDF-GDF, et vous vous apprêtez à faire de même avec La Poste, pour l'offrir en pâture aux appétits des tenants de la finance.

Pour mieux atteindre vos objectifs, vous vous attaquez aux droits sociaux qui forgent une des conditions de la sécurité des salariés de notre pays. Vous avez institué la flexibilisation générale dans l'entreprise en faisant exploser le droit de la négociation collective. Vous vous apprêtez maintenant à anéantir le droit du travail en supprimant toutes réserves au droit du licenciement et à la précarisation des contrats de travail, comme le préconise le rapport Camdessus. Telle est votre œuvre : refonder l'organisation sociale de notre pays sur la base de la flexibilité, de la précarité, de l'insécurité sociale et professionnelle, afin de remodeler la société française selon les plans impératifs des marchés financiers et du grand patronat.

Vous comprendrez sans doute que, dans ces conditions, il ne peut être question pour nous d'entériner le contenu de ce PLFSS. (*Applaudissements sur les bancs du groupe des député-e-s communistes et républicains et sur de nombreux bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Bertho Audifax.

M. Bertho Audifax. Monsieur le président, madame la secrétaire d'Etat aux personnes handicapées, messieurs les ministres, mes chers collègues, l'examen du huitième projet de loi de financement de la sécurité sociale revient, pour notre assemblée, à se préoccuper d'une masse financière bien supérieure à celle du budget de l'État.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale. Eh oui !

M. Bertho Audifax. Le PLFSS pour 2005 porte sur un montant dépassant de plus de 70 milliards d'euros celui de la loi de finances pour 2005, à savoir 365 milliards d'euros, soit 2 395 milliards de francs.

Au-delà de ces sommes colossales, il concerne la vie quotidienne de tous les Français.

Par l'exercice que nous effectuons aujourd'hui, en particulier au travers du minutieux travail d'analyse réalisé par nos rapporteurs, il s'agit de veiller au bon fonctionnement de notre protection sociale, fondement même de notre pacte social voulu et mis en place par le général de Gaulle.

Le PLFSS pour 2005 est toutefois très particulier. Il s'inscrit dans un cadre marqué par les adoptions récentes de trois réformes sociales majeures de ce gouvernement : la loi sur les retraites, la loi de solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées et la loi relative à l'assurance maladie, mais aussi par la loi de santé publique et le plan Hôpital 2007.

Par ailleurs, vous avez indiqué, monsieur le ministre, que la réforme de la loi organique sur le financement de la sécurité sociale serait présentée au Parlement avant la fin de cette année, ce qui aura pour conséquence, à partir de l'année prochaine, d'inscrire le budget de la sécurité sociale dans un cadre pluriannuel, avec un vote par branche, l'équilibre pour les différents régimes, la fixation d'objectifs clairs, et l'évaluation des résultats de cette politique.

Dans ce contexte, le PLFSS pour 2005, présenté sous une forme « allégée » de trente-cinq articles, apparaît comme une transition et, comme toutes les transitions, entraîne bon nombre d'interrogations légitimes, au-delà même de nos options politiques divergentes. On peut être caricatural, nous en avons eu un long, très long exemple tout à l'heure. L'examen en commission des affaires sociales a bien montré ces interrogations. Mais, si on peut rendre hommage à la pugnacité de certains de nos collègues, il apparaît exagéré de vouloir transformer l'examen de ce PLFSS en une sorte de réexamen de la loi de santé publique ou de la loi sur les retraites, pour ne citer que ces deux exemples.

M. Jean-Marie Le Guen. C'est le leitmotiv très programmé !

M. Bertho Audifax. Ce texte se limite à l'essentiel, il fixe normalement les grands objectifs de recettes et de dépenses par branche et comporte quelques mesures techniques ou d'ajustement. Tous les efforts sont en effet centrés sur la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie votée en août dernier, et c'est bien compréhensible.

Alors que les comptes se dégradaient inexorablement – 14,1 millions d'euros de déficit pour l'ensemble des régimes de base – le gouvernement de Jean-Pierre Raffarin a eu le courage de lancer cette réforme, contrairement à d'autres qui, en période de croissance mondiale, se sont contentés de mesures de redressement comptable, de baisse des prestations et de hausse des prélèvements.

La voie choisie est plus responsable, mais forcément plus difficile.

La réforme de l'assurance maladie vise à faire émerger de nouveaux comportements et de nouvelles structures, avec la nouvelle gouvernance. Or la réussite de la réforme est loin d'être assurée.

La situation de départ est très grave : le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie a fait le constat qu'en l'absence de réforme, le déficit de la branche maladie en 2020 pourrait atteindre 66 milliards d'euros, hors charge de la dette.

Par ailleurs, le vieillissement de la population et le progrès médical constituent des facteurs qui entraînent toutes les sociétés modernes à consacrer de plus en plus de ressources à la santé. C'est dire si la réforme est loin d'être un pari gagné.

L'avenir de l'assurance maladie réside donc davantage dans les décrets d'application de la réforme, en particulier les mécanismes visant à réguler les comportements des acteurs du système de santé, que dans les dispositions de ce PLFSS. Nous comprenons donc parfaitement la concision de ce texte.

Selon les projections du Gouvernement, l'ensemble des régimes de base devraient enregistrer en 2005 un déficit de 10,9 milliards d'euros, soit une diminution du déficit de l'ordre de 3,2 milliards par rapport au point culminant atteint cette année.

Ce solde recouvre une amélioration du déficit de la branche maladie, qui devrait atteindre 7,9 milliards d'euros en 2005, contre 13,2 milliards en 2004.

Cette amélioration se matérialise dans un taux de progression de l'ONDAM 2005 relativement rigoureux. Encore qu'en 1999 ce taux ait été fixé à un niveau encore plus bas de 2,9 %.

Lors de l'examen du texte en commission, certains ont ironisé sur le caractère irréaliste de ce taux. En réalité, ce taux n'est pas de 3,2 %, mais de 3,8 %. Il faut en effet raisonner à périmètre égal, c'est-à-dire intégrer la contribution forfaitaire d'un euro ainsi que la hausse du forfait hospitalier.

Par ailleurs, lors de l'audition de Philippe Douste-Blazy par la commission des affaires sociales et la commission des finances, il nous a été indiqué que le volet hospitalier de l'ONDAM serait « probablement » fixé à 3,6 % pour les secteurs public et privé, ce qui implique *de facto* une enveloppe relativement « serrée » pour la médecine de ville.

Or, même parmi les médecins libéraux, on entend un discours volontaire. Ainsi, le président du syndicat des médecins libéraux, le docteur Cabrera, indiquait à propos de l'ONDAM dans *Le Quotidien du médecin* du 8 octobre dernier : « On est dans le domaine du possible, c'est le moment de se retrousser les manches. »

M. Jean-Marie Le Guen. Avec la liberté tarifaire et la généralisation du secteur 2 !

M. Bertho Audifax. Nous savons ce que vous voulez, monsieur Le Guen, vous l'avez déjà expliqué !

M. Jean-Marie Le Guen. Nous savons aussi ce que vous voulez !

M. Bertho Audifax. Le docteur Cabrera rappelait également : « En 1993, après la signature de la convention, l'objectif était de 3,4 % et nous avons fait 1,6 % ».

Il est vrai que pour que cet ONDAM mobilise les énergies des médecins libéraux, il est indispensable que les négociations conventionnelles soient reprises et aboutissent.

Là encore, le Gouvernement a pris le bon chemin puisque vous avez déclaré, monsieur le ministre, le 21 octobre dernier : « Il y avait un problème de confiance entre les professionnels et l'assurance-maladie. Certains n'ont pas de contrat depuis dix ans. Une convention sera signée avant la fin de l'année ». De même, le directeur de la CNAM a déclaré que les négociations conventionnelles se dérouleraient « entre la mi-novembre et la fin de l'année », une fois que les orientations de l'UNCAM auront été déterminées.

D'ores et déjà, plusieurs faits militent en faveur de la justesse de la prévision d'amélioration du déficit de l'assurance maladie. Tout d'abord, sans parler des recettes nouvelles et des économies dont la CNAM bénéficiera

dès 2005 grâce au démarrage de la réforme, l'année 2005 enregistrera la fin de la montée en charge du financement des 35 heures à l'hôpital.

Je rappelle que la RTT, après trois années de mise en œuvre, aura non seulement fortement déstabilisé les établissements de santé, mais surtout engendré un coût de près de 3,3 milliards d'euros. La fin de cette montée en charge va ainsi dégager des marges de manœuvre nouvelles.

Surtout, les données provisoires publiées par la CNAM le 21 octobre dernier montrent une inflexion de tendance. L'augmentation des dépenses d'assurance maladie s'élevait à 5,9 % en 2001, 7,2 % en 2002 et 6,2 % en 2003. Elle a été ramenée à 4,5 % en 2004, alors que le rapport de la commission des comptes de la sécurité sociale annonçait un taux d'évolution de 5,2 %. Pour le quatrième mois consécutif, la progression des dépenses d'assurance-maladie a été ralentie à la fin du mois de septembre.

Cette embellie affecte plusieurs postes sensibles. La progression des soins de ville n'a été que de 4,9 % en 2004, après trois années d'évolution supérieure à 7 %. La hausse des dépenses d'honoraires médicaux sur les neuf premiers mois de l'année serait limitée à 2,5 %, un rythme presque trois fois moindre qu'en 2002 et 2003.

Enfin, même si le poste global des prescriptions continue de croître à un rythme élevé – plus 7 % en tendance annuelle –, des signes encourageants sont observés quant à la consommation des génériques.

Les génériques représentent désormais plus de 12 % du volume des ventes en pharmacie. Alors qu'en 2002 une boîte de médicaments sur treize achetées en pharmacie était un générique, ce rapport est aujourd'hui d'un sur huit, et la moitié des médicaments génériquables sont achetés sous leur forme générique.

De même, on constate une inflexion en matière de consommation d'antibiotiques, puisque leur consommation a baissé de 16 % depuis 2002, permettant d'éviter plus de 6 millions de traitements inappropriés.

Ainsi, progressivement, les comportements se modifient et cela démontre qu'il n'y a pas de fatalité rendant incontrôlable et inexorable la hausse des dépenses d'assurance-maladie. Mais l'effort de pédagogie que vous soutenez, monsieur le ministre, doit être poursuivi quotidiennement.

La même réflexion peut être formulée en matière d'arrêts maladie. Les indemnités journalières liées aux arrêts de travail et remboursées par le régime général, qui avaient fortement augmenté entre 1999 et 2003 – plus 40 % – sont en net recul : plus 2,6 % en juin dernier, plus 1,8 % fin juillet, 0,6 % fin août. Nous enregistrons pour la première fois à la fin septembre un taux de progression nul.

Alors que nous avons entendu les sempiternelles rengaines sur l'échec annoncé de la réforme, ces données chiffrées attestent bel et bien une évolution des comportements, certes timide, mais révélatrice d'une prise de conscience des Français, usagers et prescripteurs. Ils savent désormais que la sauvegarde de notre système d'assurance maladie passe par un effort partagé.

Dans la partie branche maladie du PLFSS, les dispositions les plus notables portent sur la TAA, réforme majeure lancée en novembre 2002 avec le plan hôpital 2007 et les ordonnances de simplification administrative.

Ces dispositions montrent que le secteur hospitalier est partie prenante de la réforme du système de soins menée par le Gouvernement. Elles démontrent surtout que la

tarification à l'activité poursuit sa montée en charge. La part du budget « médecine chirurgie obstétrique » financée par l'activité en 2005 sera au moins égale à 20 %.

Le projet de loi facilite cette montée en charge en permettant aux caisses de consentir des avances remboursables aux établissements privés et en proposant également que l'activité de prélèvement d'organes soit financée dès 2005 à 100 % sur la base de tarifs de prestations, afin de mieux valoriser cette activité.

Par ailleurs, ce PLFSS alloue la dotation au Fonds d'aide à la qualité des soins de ville, ce qui doit être l'occasion de s'interroger sur la durée de vie de ce fonds, qui devrait théoriquement disparaître en décembre 2006.

Il apparaît en effet souhaitable à plusieurs d'entre nous de prolonger sa durée de vie afin de lui permettre de continuer à financer des projets tels que les maisons médicales de garde, essentielles pour la permanence des soins.

Il me paraît utile d'étendre le champ d'intervention du fonds dit « biotox », initialement conçu pour faire face au risque bioterroriste, et que nous allons étendre aux crises sanitaires graves, quelle que soit leur origine.

Cette initiative est particulièrement opportune à l'heure où un cas probable de transmission d'homme à homme de la grippe aviaire a été annoncé en Asie. Nous avons le devoir de protéger nos concitoyens contre une hypothétique pandémie. Cette mesure fait en effet partie, monsieur le ministre, des précautions nécessaires, aux côtés du plan gouvernemental de lutte contre la grippe aviaire que vous avez présenté le 13 octobre dernier.

Enfin, il est important d'obtenir des éléments sur l'avenir du régime social des exploitants agricoles.

M. Bernard Perrut, rapporteur. Très bien !

M. Bertho Audifax. Cette préoccupation tient à cœur à l'ensemble des membres de notre groupe, en particulier à notre rapporteur Bernard Perrut.

En tant que député de la Réunion, je vous rappelle monsieur le ministre, le problème posé par l'application de la CMU. Je n'ai pas voulu déposer un énième amendement à ce sujet. Succédant à un régime de tiers payant local, la CMU a bouleversé le système réunionnais et son application a entraîné, pour les plus âgés et les handicapés, une sortie du tiers payant. Le surcoût de la santé à la Réunion et le coût élevé des mutuelles locales accentuent encore cette injustice. Le Gouvernement a pris, en 2002, une première mesure qui n'a amélioré que partiellement cet état de fait : 40 000 personnes étaient sorties du tiers payant, nous en avons réintégré 20 000. Une fois de plus, je vous rappelle que tous les élus locaux de la majorité plaident pour qu'une solution définitive soit apportée à ce problème.

J'ajoute que bon nombre de nos confrères médecins souhaitent que la Réunion soit choisie à titre expérimental comme région d'application du dossier médicalisé généralisé. Je me fais aujourd'hui leur porte-parole.

S'agissant ensuite de la branche des accidents du travail et des maladies professionnelles, elle est fortement marquée par l'évolution des dépenses des dispositifs de prise en charge des maladies provoquées par l'amiante.

En l'absence des dotations aux deux fonds consacrés à cette prise en charge, le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et le Fonds de cessation anticipée d'activité des

travailleurs de l'amiante, le solde de la branche aurait été positif d'environ 150 millions d'euros en 2003, 50 millions d'euros en 2004 et 100 millions d'euros en 2005.

En conséquence, le projet de loi propose d'instituer une contribution spécifique pour les entreprises ayant exposé leurs salariés à l'amiante, cette opération étant neutre pour les salariés dont les droits ne sont pas modifiés.

Jacques Le Guen propose d'exonérer de cette contribution les PME de sous-traitance, en particulier de la construction et de la réparation navale, lorsqu'elles ont maintenu l'emploi lors des cessations d'activités.

Si ces entreprises ont maintenu l'emploi, cela veut signifier qu'elles n'ont pas voulu profiter de l'effet d'aubaine offert par la cessation d'activité, qu'elles ont recruté et formé du personnel et qu'elles sont aujourd'hui confrontées à une conjoncture difficile.

Le solde de la branche famille devrait, après une dégradation en 2004 conduisant à un léger déficit, – 180 millions d'euros – rester proche de l'équilibre en 2005.

Le conseil d'administration de la CNAF a émis, le 29 septembre dernier, un avis favorable sur le PLFSS pour 2005 car il contient plusieurs dispositions intéressantes pour les familles.

Conformément aux annonces de la conférence de la famille 2004 consacrée à l'adolescence, le PLFSS institue un entretien de santé personnalisé à destination des 750 000 élèves en classe de cinquième. Bien entendu, cette consultation se fera sans reste à charge pour les familles. Elle sera mise en œuvre courant 2005, d'abord dans le cadre d'expérimentations, puis généralisée pour l'année scolaire 2005-2006.

Une autre disposition double le montant de la prime à l'adoption, qui passera de 812 à 1 624 euros à compter du 1er janvier 2005.

À l'initiative de Béatrice Pavy et Dominique Tian, la commission des affaires sociales a adopté un amendement visant à accroître le congé de maternité en faveur des femmes ayant accouché d'un enfant prématuré.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Très bien !

M. Bertho Audifax. Rappelons qu'il y a chaque année environ 45 000 naissances prématurées en France.

Le déficit de la branche vieillesse pour 2005 amoindrit, il est vrai, l'amélioration du déficit de la branche maladie et la stabilité du solde des branches accidents du travail et famille.

Ce déséquilibre est dû à la montée en charge du départ anticipé des travailleurs âgés, mesure de justice sociale introduite dans la réforme des retraites grâce à laquelle plus de 100 000 personnes ayant commencé à travailler très jeunes ont pu, dès 2004, cesser leur activité.

Le coût de cette mesure – 1,3 milliard d'euros en 2005 – pèse donc sur les comptes de la CNAV, d'autant que les mesures structurelles contenues dans la loi portant réforme des retraites, comme l'augmentation de la durée de cotisation, porteront leurs fruits ultérieurement.

La mesure la plus notable réside dans les conséquences de la réforme du régime spécial d'assurance vieillesse des industries électriques et gazières. Le Gouvernement a retenu la formule de l'adossement au régime général et aux régimes complémentaires et de la soulte pour réaliser le transfert : la CNAV a demandé 9,2 milliards. Le Gouvernement a élaboré

le projet de loi sur la base d'un versement de 6,9 milliards. Un accord est intervenu ces jours derniers fixant finalement la soulte à 7,7 milliards d'euros, 40 % étant versés au Fonds de réserves des retraites début 2005 et les 60 % restants sur les vingt ans qui viennent.

À cela s'ajoute 1,3 milliard d'euros correspondant au financement des avantages familiaux de l'assurance vieillesse des personnels des IEG, qui seront pris en charge par le Fonds de solidarité vieillesse. Quant aux soultes dues aux régimes complémentaires, AGIRC et ARRCO, elles sont en cours de négociation.

Enfin, il conviendrait d'apporter une réponse au problème de la retraite des maîtres de l'enseignement privé sous contrat, question à propos de laquelle notre collègue Yves Censi a déposé une proposition de loi en juillet dernier.

M. François Rochebloine. Nous en avons déposé plusieurs sans être écoutés !

M. Bertho Audifax. J'espère que vous serez écouté cette fois-ci, avec notre collègue Censi.

A l'heure où se met en place la réforme de l'assurance maladie et où se joue son avenir, vous pouvez compter, madame, messieurs les ministres, sur le soutien déterminé des députés du groupe UMP. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. La parole est à M. Gaëtan Gorce.

M. Gaëtan Gorce. Madame, messieurs les ministres, mes chers collègues, on peut faire bien des reproches à un gouvernement : on peut lui reprocher de prendre des mesures injustes – depuis deux ans, vous ne vous en êtes pas privés, comme on l'a vu tout récemment encore avec votre politique fiscale. On peut lui reprocher d'être inefficace – depuis deux ans, en matière d'économie ou d'emploi, les critiques seraient faciles. On peut lui reprocher aussi de se tromper dans son évaluation de la situation et de prendre de mauvaises orientations – à cet égard, l'exemple du chômage suffirait. Mais la pire des choses qu'on puisse reprocher à un gouvernement, c'est de laisser croire à l'opinion qu'un problème est réglé alors qu'il ne l'est pas, de laisser penser que certaines difficultés – comme le financement de notre système de protection sociale – sont surmontées et que le nécessaire a été fait, alors qu'en réalité rien n'a été réglé.

Or rien n'est réglé pour le financement de notre système de retraites, pour le financement de notre système d'assurance chômage et pour l'avenir de notre système d'assurance maladie. L'addition se chiffre en milliards d'euros qui restent à trouver pour assurer, outre l'équilibre de ces régimes, la défense des principes qui les fondent, comme la répartition ou la solidarité.

Pour les retraites – il faut bien y revenir, car tout cela forme un ensemble –, ce sont 43 milliards d'euros qu'il faudra trouver d'ici 2020. Vous n'avez pas envie de rouvrir ce débat, monsieur Bertrand, et je vous comprends, mais nous débattons ici du même système de protection sociale, des mêmes comptes sociaux. Des 43 milliards d'euros que nous devons trouver à l'échéance 2020, on peut considérer, si on est généreux, que vos réformes de l'an dernier – peut-on, d'ailleurs, parler de réformes ? – permettront d'en trouver vingt. Mais il reste plus de 23 milliards à trouver. Vous comptez, par exemple, sur une augmentation des cotisations vieillesse opportunément reportée à 2008 et gagée sur les économies réalisées sur les cotisations chômage, avec une perspective de taux de chômage de 5 % en 2020. On en est loin ! Le Comité d'orientation des retraites nous invite d'ailleurs à corriger dès maintenant cette perspective.

Comme par hasard, c'est après 2008 qu'il faudra trouver des milliards d'euros pour assurer l'équilibre de notre régime de retraites.

En matière d'assurance chômage, on a bien vu avec la situation des intermittents – et même avec leur réintégration, qui est une bonne chose – qu'aucune solution n'a été trouvée pour assurer le financement des dispositifs existants. Quant à l'assurance maladie, mes collègues se sont exprimés assez clairement sur ce sujet, à de nombreuses reprises. Vous nous annoncez aujourd'hui des mesures de redressement dont le produit sera, dans la meilleure des hypothèses, de 15 milliards d'euros. Or, selon Bercy, la perspective de déficit est de l'ordre de 20 milliards d'euros : au mieux, il manquera donc 5 milliards dans les années qui viennent.

On peut en outre émettre des doutes quant aux mesures de redressement que vous présentez et dont vous prétendez qu'elles constituent des solutions – à commencer par la maîtrise comptable, qui prévoit notamment le dossier médical personnalisé, dont vous attendez plus de 3 milliards d'euros et dont on sait qu'il ne sera probablement pas mis en place avant plusieurs mois, sinon plusieurs années.

Il faut que nos concitoyens sachent – et nous nous chargeons de le leur rappeler – que d'ici 2007 ou 2008, rien n'aura été réglé sur ces trois questions, notamment sur l'assurance maladie, et que tout restera à faire.

Permettez-moi de considérer que vous n'assumez pas complètement cette responsabilité. Certes, monsieur le ministre, vous vous exprimez souvent avec beaucoup de véhémence et de talent – médiatique, technique ou professionnel –, mais ce n'est que pour nous persuader que vous avez agi, alors que les problèmes restent entiers. Vous prétendez laisser des réformes, mais vous ne laisserez que des ardoises.

Pour conclure, j'évoquerai Albert Camus, qui disait : « Il faut imaginer Sisyphe heureux. » Il faut aussi imaginer Sisyphe laissant retomber la pierre, de plus en plus lourde et difficile à manier, comme s'il laissait à d'autres le soin de la remonter.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. C'est ce que vous avez fait pendant cinq ans !

M. Gaëtan Gorce. Il faudrait alors imaginer – et c'est malheureusement l'image que vous m'inspirez – Sisyphe habile ou, peut-être, tout simplement, Sisyphe cynique. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Quel talent !

M. Jean-Marie Le Guen. À l'égal du vôtre, monsieur le ministre !

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

M. Jean-Luc Prél. Monsieur le président, madame, messieurs les ministres, mes chers collègues, nous entamons aujourd'hui la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale 2005. Nous sommes appelés à nous prononcer sur la somme considérable de 365 milliards d'euros destinée à la politique de protection sociale de notre pays et à définir des objectifs et des priorités en matière de santé, de retraites et de politique familiale.

Le contexte est, cette année encore, un peu particulier. En effet, après le vote de réformes partielles des retraites et de l'assurance maladie ainsi que de plusieurs lois relatives à la santé publique ou aux territoires ruraux, nous sommes en attente des textes concernant la nouvelle gouvernance

hospitalière. Divers décrets sont en cours de parution, dont les effets se feront sentir plus tard, mais certains textes, comme celui qui concerne les pensions de réversion, ont été suspendus aussitôt publiés. Vous nous avez annoncé une loi organique qui doit prochainement modifier profondément le contenu et les modalités des lois de financement de la protection sociale, mais nous en ignorons le contenu.

Dans un tel contexte, la réforme de l'assurance maladie devait financer le déficit cumulé de 33 milliards d'euros en trois ans, tendre vers l'équilibre financier et modifier la gouvernance. Mais vous avez décidé de reporter le déficit sur les générations futures, à raison d'environ trois ans par année de déficit, ce que l'UDF a jugé moralement inacceptable. Vous avez renforcé l'étatisation, en établissant notamment un directeur général disposant des pleins pouvoirs et nommé par le Gouvernement. Tout en vous abritant derrière un pseudo-paritarisme rénové qui n'est qu'un alibi, vous avez renoncé à une vraie régionalisation. Or celle-ci serait, selon l'UDF, la seule solution permettant d'avoir un responsable unique de la prévention, de l'éducation à la santé, de la formation, de l'ambulatoire et des établissements, d'assurer la fongibilité des enveloppes réclamée par toutes les parties concernées et, surtout, de responsabiliser tous les acteurs en les associant en amont aux décisions et en aval à la gestion.

Quant à l'équilibre financier, si les recettes sont quasi assurées, les économies de dépenses sont très aléatoires.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 est très succinct et comporte en particulier peu d'articles sur la santé. Le rapport annexé, qui est en principe l'article 1^{er} du projet de loi, est – pour parler par euphémisme – très ramassé. Curieusement, ce texte, qui permet au Gouvernement d'indiquer ses priorités et les solutions qu'il propose, ne comporte pas une ligne sur l'hôpital, les cliniques, la démographie médicale, la permanence des soins ou la prise en charge des urgences. Tous ces problèmes seraient-ils résolus ? Je crois au contraire que ce rapport mérite bien d'être amélioré, et j'ai donc déposé quelques amendements en ce sens, que le rapporteur a jugé excellents mais dont il a cependant demandé le rejet. Peut-être serez-vous, monsieur le ministre, plus compréhensif.

Je tiens à souligner ici brièvement quelques points : D'abord, en matière de santé, l'ONDAM est-il réaliste ? Sera-t-il respecté ? Quel sera le rôle du comité d'alerte ? Il s'agira, ensuite, du problème des veuves et de la pension de réversion après le vote de juillet 2003 et le décret d'août 2004. En troisième lieu, j'évoquerai, à propos de la retraite, l'absence de réforme des régimes spéciaux et les propositions de soultes concernant les industries électrogazières, les enseignants du privé et la perte de pouvoir d'achat des retraités.

Pour ce qui concerne la santé, je tiens à soulever quelques questions relatives à l'ONDAM. Combien somme-nous prêts à dépenser pour assurer des soins de qualité à tous nos concitoyens dans notre système solidaire ? Quelle somme doit être remboursée par la collectivité ? Comme nous l'avions annoncé il y a un an, l'augmentation de l'ONDAM en 2004, de l'ordre de 5 %, dépassera largement le chiffre prévu, tout comme le déficit, qui se situe entre 13 et 14 milliards d'euros.

L'article majeur du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 est bien évidemment celui qui se rapporte à l'ONDAM, qui a pour corollaire celui qui traite du déficit prévisionnel. L'ONDAM prévu pour 2005, qui figure à l'article 17, est de 134,9 milliards d'euros. Le

montant de l'ONDAM 2004 révisé, qui figure à l'article 16, étant de 131 milliards d'euros, l'augmentation est de 3,9 milliards d'euros, soit 2,9 % – et non 3,2 %.

Cet ONDAM, économique et toujours « pifométrique », ne repose sur aucune donnée médicale, malgré nos demandes répétées et les recommandations du rapport de M. Coulomb. L'UDF propose un ONDAM calculé à partir des besoins estimés au niveau régional.

S'il est volontariste, on peut douter que cet ONDAM économique soit réaliste, et on ne sait sur quelles bases le Gouvernement s'est appuyé pour le définir. Par ailleurs, sera-t-il respecté ? Cette question est essentielle pour la crédibilité de la première année de la réforme.

Le Gouvernement s'est engagé clairement – du moins l'a-t-il affirmé avec force – dans la voie de la maîtrise médicalisée des dépenses, par opposition à une maîtrise comptable. Cette démarche a pour préalable indispensable de fixer pour l'ONDAM un taux d'augmentation réaliste, compte tenu des besoins médicaux estimés.

Dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, la loi prévoit qu'en cas de dérapage supérieur à 0,75 %, un « comité d'alerte » informe le Gouvernement, le Parlement et les caisses, et demande que des mesures de redressement soient prises dans un délai d'un mois.

Comment faire plus comptable ? Quelles mesures peuvent être proposées en dehors d'un moindre remboursement et d'une augmentation des recettes ? Avec un ONDAM irréaliste et non médicalisé et ce comité d'alerte, il s'agit bien ici d'une maîtrise comptable. Soit, en effet, le comité d'alerte alertera dans le vide une caisse qui n'en pourra mais si le Gouvernement n'approuve pas, politiquement, les mesures qu'elle propose, soit on en revient à une maîtrise comptable que les professionnels refusent.

Monsieur le secrétaire d'État à l'assurance maladie, vous avez répondu qu'il appartiendra à l'UNCAM de prendre les décisions. Mais comment pourrez-vous rester politiquement indifférent à des mesures que les professionnels ou les malades n'accepteront pas ? Lorsqu'ils viendront vous le dire au ministère, avenue de Ségur, il vous faudra bien les entendre, en homme politique responsable.

L'ONDAM, irréaliste, sera très probablement dépassé, car la tendance naturelle est une augmentation annuelle de 5 % à 6 %, même si le fait qu'un plan ait été voté conduit à une limitation transitoire et à une décélération spontanée des dépenses, tous les plans antérieurs l'ont démontré.

Nous ne pensons pas que les économies de dépenses que le Gouvernement présente comme très probables pour expliquer l'augmentation modeste de l'ONDAM seront au rendez-vous. Vous attendez de la maîtrise médicalisée des dépenses un milliard d'euros d'économies. Mais les outils ne sont pas en place et la convention demeure potentielle.

Le dossier médical personnel, qui est une bonne proposition pour améliorer la qualité des soins, est loin d'être opérationnel. Le ministre a prévu qu'il permettrait une économie de 3 milliards en 2007, mais sa mise en œuvre sera longue et onéreuse. Il demandera une implication forte des professionnels et de nombreux problèmes demeurent, notamment quant au choix des hébergeurs, à la confidentialité, au contenu et à la rémunération des praticiens pour sa consultation et sa mise à jour.

Pour ce qui concerne les médicaments, l'économie prévue est de 700 millions d'euros. Des médicaments très prescrits vont certes devenir « génériques » et le développement

des génériques doit permettre des économies. Mais, dans le même temps, nous attendons de nouvelles molécules qui risquent d'être coûteuses. Une progression zéro de la ligne médicaments serait déjà une bonne chose.

Enfin, une économie de gestion hospitalière de 200 millions par la constitution de groupement d'achats semble quelque peu illusoire compte tenu de la situation financière des établissements.

Il est curieux de retrouver parmi les économies envisagées ce qui correspond en réalité à des recettes nouvelles : la fameuse contribution forfaitaire d'un euro, pour 600 millions, et l'augmentation du forfait hospitalier, pour 100 millions.

Si les économies de dépenses proposées sont aléatoires, on sait que des engagements de dépenses non intégrées en 2004 augmenteront mécaniquement l'ONDAM. Il en est ainsi de la mise en œuvre de la CCAM technique en vue de neutraliser ses effets négatifs entre 180 et 220 millions, de la revalorisation des astreintes chirurgicales libérales, des astreintes des médecins libéraux en cours de négociation, de la revalorisation des praticiens hospitaliers, de l'augmentation du KCC, qui a été de 12,5 % le 1^{er} octobre 2004 et devrait être de 25 % en 2005, de la grille tarifaire des libéraux qui sera définie par la nouvelle convention en vue de la rémunération du médecin traitant et des spécialistes consultants.

Quelle sera la déclinaison de l'ONDAM ? Sur quelles bases est calculé le taux d'augmentation de 3,6 % évoqué par les ministres pour l'ONDAM hospitalier ? Ce taux permet-il la simple reconduction des moyens, estimée par la Fédération hospitalière de France à 4,7 % ? Dans le domaine médico-social, l'augmentation sera sans doute supérieure, de l'ordre de 10 %. Que restera-t-il pour la médecine de ville ? On évoque un chiffre de 2,2 %.

On peut également se demander quelle sera la déclinaison régionale de l'ONDAM, et s'il est prévu de corriger les inégalités, comme nous nous y étions engagés initialement. Les établissements privés et les cliniques doivent en principe, avec un certain retard dû à la mise en œuvre de la CCAM technique, passer à 100 % de TAA le 1^{er} décembre. Qu'en est-il des hôpitaux ? Le pourcentage de leur budget financé par la TAA sera-t-il en 2005 de 20 % ou de 30 % ?

La T2A est une bonne chose puisqu'elle permet des restructurations basées sur des données de santé. Mais outre son côté inflationniste, elle demande une grande réactivité pour que les décisions médicales ne soient pas prises au détriment de décisions budgétaires. Par exemple, doit-on faire une coronaroplastie par voie fémorale, qui rapporte moins de points ISA et coûte plus cher que par voie chirurgicale ? La mise en œuvre de la T2A nécessite un rebasement préalable car de nombreux établissements connaissent des reports de charges. Vous avez déclaré en juin, monsieur le ministre, que vous remettiez les compteurs à zéro et vous avez débloqué une enveloppe de 300 millions.

Cette enveloppe comporte deux défauts : elle s'avère insuffisante car elle est calculée sur les comptes administratifs de 2002 alors que la fédération hospitalière de France a chiffré, après enquête auprès de l'ensemble des hôpitaux, le montant des besoins à 776 millions ; surtout, elle est non reconductible puisqu'elle n'est pas intégrée dans la base des budgets : les besoins demeurent donc.

Finalement, le déficit de la branche santé sera sans doute supérieur aux prévisions de 8-9 milliards. En effet, comme nous venons de le voir, l'ONDAM volontariste et sous-

évalué sera certainement dépassé et, dans le même temps, les recettes, calculées sur une croissance de 2,5 % et une augmentation de la masse salariale de 4 % – que nous souhaitons bien entendu tous –, semblent aujourd'hui très optimistes à la plupart des économistes. Ce déficit sera donc malheureusement reporté sur les générations futures.

S'agissant de la pension de réversion, le décret du 24 août a soulevé un tollé et le Premier ministre a décidé de le suspendre. Curieuse situation, d'ailleurs, pour un décret qui ne fait que mettre en musique la loi votée en juillet 2003 par l'UMP, alors enthousiaste.

J'avais pourtant, au nom de l'UDF et en tant que président du groupe d'études sur les conjoints survivants, interpellé François Fillon sur les conséquences prévisibles de ces modifications à deux niveaux. D'une part, les jeunes veuves risquaient de percevoir une réversion inférieure à l'allocation veuvage, pourtant modique,...

M. Claude Leteurtre. Tout à fait !

M. Jean-Luc Prél. ... puisque la courte durée de cotisation de leur conjoint et la décote annuelle aboutissaient à une somme modeste ; et 54 % d'une somme modeste, ça fait zéro. D'autre part, la pension de réversion considérée comme un pourcentage de droits acquis par cotisations du conjoint décédé était transformée en une allocation sociale différentielle révisable chaque année.

J'avais donc, comme d'habitude, déposé des amendements au nom de mon groupe pour pallier ces inconvénients majeurs. Mais le Gouvernement a, comme d'habitude, donné un avis défavorable suivi, bien entendu, par les députés de l'UMP.

M. Maxime Gremetz. Comme d'habitude, il déposait ; comme d'habitude, il retirait... Belle chanson !

M. Jean-Luc Prél. Le COR doit proposer des aménagements. Mais, en réalité, le décret d'août 2004 applique la loi de 2003. Il faut donc changer la loi.

Le troisième problème que je souhaite aborder est celui des retraites.

Tout d'abord, s'agissant du pouvoir d'achat des retraités, sans revenir sur les années antérieures, il semble que la revalorisation de la retraite de base soit prévue cette année autour de 1,6 %, donc inférieure à l'inflation. Or les retraités constateront en janvier 2005 l'augmentation de la CSG de 0,4 %. Cette baisse du pouvoir d'achat de la retraite de base pose un problème politique majeur.

En outre, la réforme des retraites était basée, en 2003, sur un principe simple : l'équité. Il aurait donc été logique – ce que nous avions d'ailleurs demandé – d'aligner les retraites des enseignants du privé sur le public, c'est-à-dire « à cotisations égales, prestations égales ». Actuellement, les enseignants du privé cotisent davantage, plus 4,5 %, pour une retraite inférieure de 20 % à ceux du public.

M. François Rochebloine. Absolument !

M. Jean-Luc Prél. Est-ce juste et équitable ? Un article de ce projet de loi prévoyait une caisse complémentaire pour amorcer progressivement l'égalité. Cet article très insuffisant a été retiré. Quels sont les engagements du Gouvernement à cet égard ?

Reste le problème des retraites dans les IEG. Nous y reviendrons avec Charles Amédée de Courson demain et lors de la discussion de l'article 28. Je rappelle à nouveau que, lors de la réforme des retraites, j'avais, au nom de l'UDF,

demandé la mise en extinction des régimes spéciaux. Le Gouvernement avait reculé devant cette demande et n'avait donc pas progressé vers l'équité entre tous les Français.

En raison de la nécessité d'autoriser l'ouverture du capital, il convient de se préoccuper des retraites des IEG. Le Gouvernement a prévu un mécanisme complexe : l'adossment des retraites de base au régime général, des retraites complémentaires – que l'on oublie aujourd'hui – aux régimes AGIRC-ARRCO, et le financement du régime chapeau. Pour que les retraités salariés du régime général ne soient pas pénalisés, une soulte est prévue. Son montant a varié de 6,9 à 7,7 milliards, puis 9 milliards, avant de revenir à 7,7 milliards avec prise en charge des avantages familiaux par le FSV pour 1,3 milliard, financés par la CSG. Les intérêts de placement de la soulte ont également varié, de 3 % à 2,5 %, ainsi que le versement échelonné – sur vingt-cinq ans – et son pourcentage annuel.

Au bout du compte, il demeure des avantages retraite importants pour ces régimes, qui seront payés soit par les retraités du régime général, soit par le consommateur d'électricité et de gaz, soit par le contribuable. En effet, il faudra bien à terme recapitaliser EDF afin de lui permettre de financer la soulte – la seconde, celle qui est oubliée aujourd'hui – pour les régimes complémentaires, à hauteur de 10 milliards, et le régime chapeau, lequel pourrait se monter à 15 milliards d'euros.

En conclusion, ce projet de loi est moins anodin et moins succinct qu'il ne paraît. Certes, nous sommes en attente de nombreux décrets et surtout de la future loi organique, mais nous sommes inquiets car, hélas, les bases ayant servi de calcul pour les recettes nous semblent optimistes. L'ONDAM, volontariste, nous paraît sous-estimé et il comporte le risque que le comité d'alerte nous renvoie à une maîtrise comptable.

L'UDF souhaite donc vivement que le Gouvernement nous réponde clairement en acceptant certains de nos amendements, si cela est possible, concernant les pensions de réversion,...

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Pourquoi pas ?

M. Jean-Luc Prél. ... les retraites, notamment celle des enseignants du privé, les IEG, la création d'une caisse autonome pour les maladies professionnelles et les accidents du travail, ainsi que des mesures urgentes pour les budgets hospitaliers, la démographie médicale, la permanence des soins.

Les députés UDF se détermineront à l'issue des débats en fonction de l'accueil réservé à leurs propositions. *(Applaudissements sur les bancs du groupe Union pour la démocratie française.)*

M. Maxime Gremetz. Je pensais que Bayrou avait dit que l'UDF allait voter contre ? Il a menti ?

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

M. Maxime Gremetz. Il a changé d'opinion ?

M. le président. Monsieur Gremetz, vous n'avez pas à organiser le groupe UDF !

Je vous prie de commencer votre intervention.

M. Maxime Gremetz. Notre collègue est prudent. Mais ils vont tout de même voter contre le PLFSS ?

Monsieur le président, monsieur le ministre, monsieur le secrétaire d'État, mes chers collègues, quelques mois à peine après la réforme de l'assurance maladie, intervenue en catimini cet été, nous avons à examiner le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005.

Monsieur le ministre, monsieur le secrétaire d'État, arrêtez de vous rassurer ! Car plus vous dites que les gens font preuve de compréhension,...

M. le secrétaire d'État à l'assurance maladie. En effet.

M. Maxime Gremetz. ... plus les études d'opinion disent l'inverse : de 65 % de gens qui contestaient la réforme, on est passé à 68 %. C'est comme pour les sondages concernant le Président de la République et le Premier ministre : plus ça va mal, plus vous dites que ça va bien. Tant mieux si ça vous rassure mais, en l'occurrence, je vous répète que cette réforme n'est pas passée et qu'elle ne passera jamais. Une excellente étude parue dans un journal de l'après-midi montre que tous vos projets pour 2006 sont copiés sur des expériences menées en Angleterre et aux États-Unis, et que, là-bas, cela a demandé des années pour mettre en place tous les dispositifs que vous avez prévus. Même sur le plan technique, ce n'est pas au point. Je le pensais et j'en suis encore plus convaincu puisque ceux qui m'ont précédé ont montré que ça ne marchait pas et qu'il faudrait dix ans au moins pour la mise en œuvre. Et vous, vous voulez organiser tout cela en deux ans ! Vous êtes des supermen ! Mais les supermen, ça ne va jamais loin : ils se cassent très vite la figure.

Ce projet de loi de financement de la sécurité sociale apparaît donc très logiquement comme un prolongement, ou la mise en musique, comme disait un orateur précédent, de la mise en œuvre de la réforme de l'assurance maladie, par son souci de rationnement des dépenses et de restrictions budgétaires qui sont, de fait, la conséquence d'une pénurie que vous organisez vous-mêmes – pour mieux être en mesure de brader à terme ce budget ?

Je rappelle tout de même, pour mémoire, quelques réalités : ce qui ne va pas baisser, ce sont les exonérations de cotisations sociales patronales, qui dépassent aujourd'hui les 20 milliards d'euros, grevant ainsi le budget de la sécurité sociale sans aucun résultat concret en faveur de l'emploi ; sans compter les 2 milliards d'euros de dettes impayées par de grandes entreprises à la sécurité sociale. Quant à l'État, il n'est pas en reste : la sécurité sociale ne semble pas voir beaucoup la couleur du surplus de recettes de l'augmentation des taxes sur le tabac, qui devait initialement, comme leur nom l'indique, servir à soigner les victimes du tabagisme.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Pas de démagogie !

M. Maxime Gremetz. Où est la démagogie ? En général, quand on veut frapper le tabac et faire reculer sa consommation,...

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Ça marche !

M. Maxime Gremetz. ... on consacre le produit de ces taxes au financement des dispositifs qui aident à arrêter de fumer, au remboursement des patches, par exemple. Mais ce n'est pas le cas.

M. Yves Bur, rapporteur pour avis. Mais si !

M. Maxime Gremetz. L'essentiel passe ailleurs, vous le savez bien.

Il n'est pas prévu non plus de dispositif pour utiliser une partie des taxes sur l'alcool en faveur de la lutte contre l'alcoolisme.

Dans ces conditions, la fiscalisation toujours plus avancée du financement de la sécurité sociale apparaît non plus comme une persistance dans l'erreur, mais comme un hold-up sur la sécurité sociale et, par ricochet, sur le portefeuille des salariés, auxquels vous faites payer l'addition.

Alors que les besoins en matière de santé sont de plus en plus grands dans le monde du travail, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale n'envisage strictement aucune disposition nouvelle d'ampleur. Les questions abordées le sont le plus souvent de manière minimaliste. Et un certain nombre de questions fondamentales sont purement et simplement escamotées.

Tout au plus, il faut le reconnaître, ce projet crée-t-il une contribution nouvelle à la charge des entreprises ayant exposé leurs salariés au risque de l'amiante. Mais un examen approfondi montre que la mesure ne touchera pas les entreprises réellement responsables, celles qui donnent les ordres, dans les cas de sous-traitance ou d'intérim par exemple. C'est la raison pour laquelle les députés du groupe communiste et républicain vont proposer et défendre un amendement afin de substituer la notion de « site d'utilisation » à celle « d'établissement ».

De plus, vous avantagez une fois de plus les grandes entreprises. Ainsi, le montant de la contribution sera plafonné à 2,5 % de la masse salariale et ne pourra dépasser les deux millions d'euros par an pour chaque entreprise concernée. Les députés du groupe des députés communistes et républicains proposent de supprimer ces plafonnements. Ils refusent également le principe d'une automaticité de l'exonération de la contribution créée pour les entreprises en redressement ou en liquidation judiciaire et émettent des propositions de substitution.

Les montants envisagés des contributions de la branche accidents du travail et maladies professionnelles au fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante et au fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante sont notoirement insuffisants. Pire : non seulement ces contributions ne permettront pas de répondre aux besoins des bénéficiaires, mais elles ne devraient pas même permettre le rattrapage des baisses passées.

L'Association des accidentés de la vie rappelle ainsi à juste titre dans son analyse du projet de loi de financement de la sécurité sociale que, « selon le troisième rapport d'activité au Gouvernement et au Parlement du Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, « les prévisions de dépenses sur 2005 font apparaître un besoin de financement de 300 millions d'euros, compte tenu du solde provisionnel des dotations et des dépenses fin 2004 » ».

Le montant de la contribution que verse la branche accidents du travail et maladies professionnelles au Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante, fixé par l'article 19 du projet de loi à 200 millions d'euros, ne permettra sans doute pas l'indemnisation de l'ensemble des victimes, dont le nombre augmente chaque jour.

Enfin, les versements de la branche accidents du travail et maladies professionnelles à la branche maladie sont ridiculement faibles. Le coût des cancers d'origine professionnelle supporté par l'assurance maladie depuis dix ans est estimé à 144 milliards d'euros à lui seul, et le cancer est loin d'être la seule maladie d'origine potentiellement professionnelle.

Que représentent dans ces conditions les 330 millions d'euros reversés à la branche maladie au titre des frais supportés par cette dernière et qui auraient dû relever de la branche accidents du travail et maladies professionnelles ? Une brouille !

D'autres questions essentielles concernant la santé en milieu professionnel sont purement et simplement occultées dans votre action. J'évoquerai notamment la place du patronat dans la gestion de la branche accidents du travail et maladies professionnelles, la prévention et la place de la médecine du travail et des inspecteurs du travail dans ce cadre, la menace des éthers de glycol et d'un certain nombre d'autres produits pour la santé publique. Quant à l'exclusion des fonctionnaires du bénéfice de l'allocation de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante, c'est un véritable scandale qui suggère que, pour l'État employeur, la prévention des risques professionnels est une question de coût avant d'être un véritable enjeu humain et politique.

Comment s'étonner alors que les employeurs privés cherchent à contourner des obligations dont l'État lui-même se défait en qualité d'employeur ? Comment ne pas comprendre que son action en qualité de puissance publique ne peut dès lors qu'être sapée ?

C'est d'autant plus vrai que, le plus souvent, le patronat occupe une place dans les instances paritaires qui l'autorise à manœuvrer ou à paralyser l'institution, voire à la présider ou à la gérer, ce qui revient souvent à «confier l'extincteur et la boîte d'allumettes au pyromane», pour reprendre une formule de la CGT. La place et le rôle des salariés et de leurs représentants dans la conduite et la gestion du dispositif de prévention et de ses composantes est une question majeure.

Comment s'étonner dans ces conditions que la prévention apparaisse comme négligée, les beaux discours d'hier ne se traduisant par aucun moyen aujourd'hui ? Les exemples ne manquent pas. Combien de temps la branche accidents du travail et maladies professionnelles plafonnera-t-elle à moins de 2 % de son budget la part qu'elle consacre à la prévention ? Qu'en est-il de la mise en œuvre de la directive européenne REACH, qui prévoit l'évaluation des effets sur la santé humaine de 30 000 produits et substances chimiques déjà en circulation – et peut-être déjà dans notre sang ? Combien de temps sera maintenu l'inique décret du 1^{er} février 2001 qui instaure une fiche d'aptitude, délivrée par le médecin du travail et attestant qu'un salarié ne présente pas de contre-indication médicale pour certains travaux mais aussi pour l'exposition à certains risques ? Un tel décret fait du médecin du travail un auxiliaire patronal, sélectionneur de main d'œuvre en bonne santé, bonne à être exposée à un risque cancérigène, mutagène ou reprotoxique.

En négligeant la prévention, vous jouez avec la vie de milliers de nos concitoyens. L'ampleur des dégâts provoqués par l'amiante – je le répète afin que cela figure au moins au *Journal officiel* – est, depuis des années, réévaluée à la hausse. Qu'en est-il des éthers de glycol, qui risquent de provoquer une hécatombe d'une ampleur encore plus importante, alors que l'on connaît leur nocivité ? Le moment venu, je rappellerai aux ministres successifs de la santé leurs responsabilités, y compris pénales.

Que faites-vous pour tous les salariés qui travaillent avec ces produits, comme ces femmes chargées, par exemple, de la production de vernis à ongles ? Rien ! Il existe pourtant des produits de substitution. Pourquoi n'y recourt-on pas ? L'amiante remonte à 1910 : combien de temps l'avons-nous subie ? Et l'on va refaire la même chose avec les éthers de

glycol ? Il y a là un manque total de responsabilité ! Vous n'avez pas vu des copains mourir – un toutes les trois semaines ou tous les mois – du cancer de l'amiante. Quelle responsabilité vous prenez ! Et ne me dites pas qu'on ne savait pas ! Tout le monde sait, et on ne fait rien !

Pour toutes ces raisons, les députés du groupe communiste et républicain proposent un certain nombre d'amendements. Nous souhaitons notamment créer un système d'évaluation du degré d'exposition aux risques que comporte chaque poste de travail ; revenir au principe de la gratuité totale des frais entraînés par un accident de travail ou une maladie professionnelle ; permettre aux personnels sous-traitants, intérimaires ou en régie, exposés à l'amiante de prétendre au droit à l'allocation de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante ; supprimer la référence au seuil arbitraire de gravité requis pour permettre la reconnaissance d'une pathologie d'origine professionnelle ; rendre indicatives et non plus limitatives les listes prévues par l'article 41 de la loi de financement de la sécurité sociale de 1999 ; revoir le mode de calcul de l'allocation de cessation anticipée d'activité pour les travailleurs de l'amiante et la réévaluer.

Les questions relatives aux accidents de travail et aux maladies professionnelles sont d'autant plus préoccupantes aujourd'hui que ces maladies connaissent une hausse spectaculaire, alors que les déclarations sont souvent rejetées pour des motifs administratifs, sans oublier les maladies professionnelles pas encore reconnues.

Comment pouvez-vous continuer ainsi à ne pas voir, ou à tordre, la réalité du monde du travail ? Me faudra-t-il vous emmener sur le terrain ? À moins qu'il ne s'agisse de votre part – mais je n'ose le croire – d'une politique délibérée de déstructuration du droit du travail, visant à rendre inapplicables dans les faits les obligations du patronat en matière de santé dans l'entreprise ?

Mme Jacqueline Fraysse. Tout à fait !

M. le président. La parole est à M. Philippe Vitel.

M. Philippe Vitel. « L'heure est grave. Notre système d'assurance maladie est bien malade. Notre devoir est de le sauver. La crise que nous affrontons aujourd'hui est sans précédent dans la longue histoire de cette institution à laquelle les Français sont si attachés. » C'est par ces mots que, le mercredi 30 juin dernier, je débute mon intervention dans la discussion générale du projet de loi réformant l'assurance maladie. Quatre mois plus tard, ces phrases me semblent d'une autre époque, une époque de doute, d'interrogations, de désespoir peut-être devant le déficit abyssal auquel nous étions confrontés.

Même dans les situations les plus catastrophiques, le pire n'est jamais certain, a-t-on coutume de dire. Ce 30 juin, le pire était dans tous les esprits – dans les esprits négatifs des membres de l'opposition, bien sûr, mais aussi dans ceux, reconnaissons-le, de beaucoup d'entre nous, membres de la majorité. C'est que nous étions échaudés par les douloureux souvenirs du passé, par cette propension ancestrale à se contenter souvent de constats, de bonnes intentions et de thérapies homéopathiques là où une salutaire amputation serait d'emblée préférable, et à croire que tout irait pour le mieux demain dans le meilleur des mondes, grâce à un simple coup de baguette magique de la fée Démagogie, au mépris de toute logique, de tout raisonnement pragmatique et de toute prospective.

Socrate nous enseigne que le bonheur est dans l'action. Je ne suis pas loin de penser, madame, messieurs les ministres, monsieur le secrétaire d'État, que vous avez reçu les bons enseignements de ce grand philosophe.

Aujourd'hui, l'espoir est de notre côté. Oui, nous croyons fortement à la réforme que nous avons façonnée pierre à pierre tout au long du mois de juillet dernier. Oui, nous croyons fortement que les acteurs sont conscients de leurs responsabilités dans le sauvetage du système. Oui, nous croyons fortement que cette réforme de la dernière chance sera à même de sauvegarder les principes de solidarité, d'égalité et d'universalité qui gouvernent l'assurance maladie depuis près de soixante ans.

Nous constatons déjà, dans les derniers chiffres connus, un ralentissement de la croissance des dépenses d'assurance maladie, ce qui prouve que nos efforts ne sont pas vains. C'est une vraie bonne nouvelle mais pas réellement une surprise. C'est surtout le fruit d'une implication de tous les acteurs, rendue possible par une meilleure écoute du Gouvernement.

Vous avez su, monsieur le ministre, rétablir les liens de confiance nécessaires à la modification des comportements que vous appeliez de vos vœux. Oui, responsabiliser sans culpabiliser, construire avec plutôt que sans ou contre, permet de faire comprendre que l'on peut user sans abuser, dépenser sans gaspiller. Tel est le résultat essentiel que l'on doit attendre de la responsabilisation, de la restauration du dialogue, de la mise en adéquation des politiques de prévention, de santé et de soins, mais aussi d'un respect scrupuleux de la feuille de route, d'un service après vote sans faille, d'un discours clair, à la fois modeste et ambitieux, prudent et conquérant. Les décrets d'application sont prêts, le calendrier est tenu, les engagements sont respectés.

Le 30 juin, j'appelais l'attention sur la nécessité d'associer à toutes les étapes de notre entreprise les professionnels de santé. Échaudés et désabusés par tant d'années d'abandon, ils retrouvent peu à peu confiance. Un frémissement est perceptible. Mais les cicatrices sont encore fraîches et douloureuses. Ils sont aux aguets. Rassurés par l'avancée de formidables chantiers comme le lancement de la CCAM technique et la tarification à l'activité, espérant la reprise rapide des travaux en cours de la CCAM des actes cliniques, synonyme de valorisation de l'acte qu'ils pratiquent, ils attendent beaucoup du redémarrage du système conventionnel qui rendrait une visibilité à un avenir professionnel bien sombre.

J'insiste toutefois sur la nécessité de mettre en place ce nouveau système conventionnel en même temps que les autres volets de la réforme. Il faut tout mettre en œuvre pour contractualiser cette convention avant la fin de l'année, afin qu'elle soit efficiente au 1^{er} janvier 2005.

D'autres questions relatives à notre réforme interpellent aujourd'hui les praticiens. Elles nécessitent que leur soient données rapidement des précisions sur des thèmes aussi variés que l'évaluation des pratiques, leur accréditation dans les établissements, le mode de fonctionnement de l'Union nationale des professions de santé, les limites du règlement arbitral, les modalités de convention tripartite entre régime obligatoire, complémentaire et professions de santé.

Ce sont les réponses à ces interrogations qui renforceront le degré de confiance de ceux que, le 30 juin, je dépeignais, je crois à juste titre, comme une corporation désenchantée, sans illusions et sans espoir dans l'avenir.

Nous débattons aujourd'hui du financement de la sécurité sociale pour 2005. Ce budget de redressement doit nous permettre de respecter les objectifs que nous avons définis cet été. Il prend en compte les nouvelles recettes attendues mais aussi les économies que doit susciter la maîtrise médicalisée des dépenses de santé que nous avons mise en place.

L'opposition juge irréalistes et insincères les prévisions du Gouvernement.

M. Gérard Bapt. Oh ! il n'y a pas que nous !

M. Philippe Vitel. *A contrario*, les premiers résultats obtenus, alors que le plan n'est qu'à son début de mise en place, nous encouragent à penser que ce budget est réaliste et conforme à nos objectifs. Il nous donne des moyens à la hauteur des enjeux de la réforme, ô combien courageuse et nécessaire, de notre système d'assurance maladie.

Monsieur le secrétaire d'État, ceux qui ont toujours cru en votre réforme seront, demain, toujours à vos côtés pour la conduire au succès. Cette détermination, nous la devons à nos compatriotes, qui apprécient beaucoup plus que certains voudraient le faire croire...

M. Maxime Gremetz. Oh !

M. Philippe Vitel. ... notre volonté de résoudre la triple crise de structure, d'organisation et de gestion qui affaiblissait dangereusement un système qu'ils plébiscitent...

M. Jean-Pierre Door, rapporteur. C'est vrai !

M. Philippe Vitel. ... et dont ils sont, croyez-moi, aujourd'hui très fiers. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt.

M. Gérard Bapt. Monsieur le secrétaire d'État, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 est présenté dans un contexte très préoccupant. Depuis 2002, le Gouvernement avait laissé filer le déficit de l'assurance maladie puisque, de 2 milliards d'euros en 2001, celui-ci était passé à 6 milliards en 2002, à 11 milliards en 2003 et plus de 13 milliards en 2004.

M. Mattei avait parlé de déficit abyssal. M. Douste-Blazy a innové en parlant de déficit sidéral. Quel terme emploieriez-vous en 2005 puisque tous les comptes sont au rouge, aussi bien l'assurance maladie, la branche accidents du travail que la branche famille et la branche vieillesse ?

Vous annoncez pour l'assurance maladie un déficit en réduction de 8,5 milliards d'euros en 2005 mais, qu'il s'agisse de la surestimation de l'évolution de la masse salariale ou de la croissance, du montant des économies escomptées, de la fixation d'un ONDAM irréaliste à 3,2 %, avec de graves difficultés à prévoir pour les hôpitaux dont vous voulez limiter l'évolution du budget à 3,6 %, de la non prise en compte des dépenses nouvelles liées à des revalorisations pour la chirurgie notamment, pour la permanence des soins, qu'il s'agisse encore des investissements, en particulier informatiques, ou de la mise en œuvre de la réforme, votre prévision nous apparaît totalement irréaliste, contrairement à ce qu'estime l'orateur qui m'a précédé. Le véritable déficit à prévoir en 2005 est à notre sens du même ordre que celui qui va être constaté en 2004.

Mais il vous suffit d'annoncer un déficit de l'assurance maladie qui permette que le solde des déficits publics ressorte à 2,9 % du PIB, dans un affichage orthodoxe pour

répondre aux critères de Maastricht, puisque, quoi qu'il en soit, vous renverrez le déficit 2004, comme ceux à venir jusqu'en 2007, à la CADES.

Cette fameuse caisse, créée en 1996 par ordonnance par le plan Juppé, c'est-à-dire sans intervention du Parlement, va voir sa charge majorée considérablement. Vous l'avez déjà utilisée cette année, qui aura été l'année la plus critique de l'histoire de l'ACOSS en termes de trésorerie, bien que le PLFSS pour 2004 ait anticipé en portant le seuil d'emprunt au niveau record de 33 milliards d'euros. La révision à la hausse en cours d'année du déficit prévisionnel pour 2004 a conduit à une nouvelle et très forte dégradation du solde du compte unique de l'ACOSS.

La reprise de dette par la CADES prévue par l'article 76 de la loi relative à la réforme de l'assurance maladie, permettant la reprise de 10 milliards d'euros de déficit au 1^{er} septembre 2004, puis de 25 milliards d'euros à venir en décembre, aura seule permis l'amélioration de la situation de trésorerie de l'ACOSS, qui a dû, pour la première fois, faire appel à des emprunts sur le marché bancaire pour 7 milliards d'euros auprès de six banques.

Les déficits cumulés au 31 décembre 2003 s'élèvent à 35 milliards d'euros, auxquels il faut ajouter les 13 milliards d'euros de 2004. Et il est prévisible qu'il faudra ajouter des montants cumulés supérieurs à 30 milliards d'euros pour 2005 à 2007.

Ainsi la dette est-elle reportée quasiment *ad vitam aeternam* sur les générations futures ! Rouvrir la CADES pour lui confier un montant de dettes de l'ordre de 60 à 70 milliards d'euros pénalisera les jeunes Français durant vingt ans et pèsera sur la croissance à venir.

Cette politique avait été jugée immorale par la majorité de la commission des affaires sociales pendant la discussion de la réforme de l'assurance maladie. D'ailleurs, un amendement du rapporteur, Yves Bur, avait tendu à limiter la vie de la CADES à 2020. Mais les mêmes qui avaient voté en commission ont repoussé l'amendement en séance car, monsieur le secrétaire d'État, vous aviez annoncé que la CADES rembourserait ses anciennes dettes avant 2014 et serait excédentaire de 10 milliards d'euros à cette date. Pourtant, fin 2003, alors que les assurés sociaux avaient payé 34,3 milliards d'euros de CRDS en huit ans, la CADES n'avait encore remboursé que 3 milliards d'euros sur le déficit de la sécurité sociale proprement dit. Il est vrai qu'entre-temps elle avait versé 20,6 milliards d'euros à l'État pour d'autres dettes, notamment 19 milliards d'euros pour la dette du fonds de solidarité vieillesse, et 1,6 milliard d'euros pour des exonérations de charges patronales dues par l'État. Il y avait donc en quelque sorte un détournement d'objet de la CADES.

Par ailleurs, banques, fonds de pension, notamment américains, et grands groupes d'assurances, qui achètent des emprunts sûrs à la CADES pour constituer un portefeuille diversifié et rentable, se sont partagé quelque 12 milliards d'euros d'intérêts. Comment peut-on prévoir la situation de la CADES en 2014 alors que ses recettes dépendent non seulement de l'évolution du produit intérieur brut et de la croissance mais aussi du taux de la CRDS, susceptible de varier ? Certes, l'élargissement de l'assiette de la CSG que vous avez décidé pour le 1^{er} janvier 2005 équivaut à une augmentation masquée de 0,16 % du taux de CRDS, mais cela est insuffisant. Prévoyez-vous alors de nouvelles augmentations du taux de CRDS pour l'avenir ?

Car il faut insister sur le fait qu'en réalité la CADES n'a remboursé que 15,5 milliards d'euros sur la totalité des dettes reprises. Comme si la CADES, depuis sa création, n'avait remboursé qu'un peu plus que le seul montant du déficit 2005 de la sécurité sociale. Les 38 milliards d'euros qui restent à payer représentent un montant hors intérêts. Que va-t-il se passer alors que la FED fait remonter les taux d'intérêt aux États-Unis ?

Par ailleurs, la CADES bénéficie de la meilleure cotation d'agences, AAA, qui lui assure les meilleures conditions. Cette situation est-elle immuable ? Le 7 juillet, l'agence Standard and Poors a dégradé l'Italie de AA à AA-. La cotation favorise aujourd'hui la CADES, qui peut vendre avec marge ses obligations. En quelque sorte, la CADES gagne de l'argent quand elle émet un emprunt, profitant de sa crédibilité auprès des marchés financiers. Néanmoins, le dernier emprunt qu'elle a émis, le 9 juin, l'a obligée à vendre à perte, à 99,9 % au lieu de 102,5 % en moyenne les années précédentes. Cela s'explique par les conditions du marché qui se dégradent, raréfiant le nombre d'acheteurs.

Ainsi, les nuages s'amoncellent sur la CADES, dont vous allez alourdir considérablement la charge transférée. Ces transferts massifs auxquels vous allez procéder ne sont donc pas seulement une mauvaise action pour les générations futures, ils aggravent le risque d'une crise financière majeure du fait de l'exercice périlleux du jeu sur les marchés. Car emprunter toujours plus pour faire des bénéfices sur les marges et les investir dans des placements conduit à la catastrophe lorsque les marchés se retournent. L'affaire Enron montre qu'à partir d'une dette de 15 milliards de dollars, on a pu passer à 40, puis à 70 milliards. Il en a été de même pour Parmalat, qui bénéficiait aussi d'une cotation AAA.

Le rapporteur UMP du Sénat, Alain Vasselle, notait déjà en avril 2003 « un risque de perte de crédibilité de la caisse auprès des marchés que son président tente, avec succès, de compenser ». Mais les nouvelles conditions du marché, la hausse tendancielle des taux ainsi que les transferts massifs auxquels vous allez procéder placent à partir de cette année la gestion de la CADES dans des conditions nouvelles et périlleuses.

Monsieur le président de la commission des affaires sociales, ne croyez-vous pas qu'une des premières tâches de la mission d'évaluation de la commission des affaires sociales sur les comptes de la sécurité sociale que vous allez mettre en place, serait de se pencher sur la gestion de la CADES ? À défaut, nous demanderons la constitution d'une commission d'enquête sur une question où la clarté et la transparence devraient être apportées et la responsabilité que peut encourir le Gouvernement établie. Nous le devons pour évaluer le risque d'une sanction des marchés, dans un contexte international devenu périlleux, créant une situation de crise si ce n'est de scandale financier.

Nous le devons aussi pour les générations futures, qui supporteront les dettes d'aujourd'hui et de demain, jusqu'en 2007. Cela suffirait à motiver notre opposition au projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005. (*Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.*)

M. le président. La parole est à M. Bruno Gilles.

M. Bruno Gilles. Après la réforme de l'assurance maladie courageusement menée par le Gouvernement, nous pouvons considérer que ce projet de loi constitue une première étape du redressement des comptes sociaux.

La loi de financement de la sécurité sociale de l'an passé a conduit à une modification radicale de la gestion des hôpitaux avec la mise en place de la tarification à l'activité. En permettant d'asseoir l'allocation des ressources aux établissements de santé sur la nature et le volume de leurs activités, cette réforme mettait un terme aux effets pervers de la dotation globale.

Les hôpitaux peuvent ainsi s'adapter à l'évolution des techniques médicales et des modalités de prise en charge des patients ainsi qu'aux exigences de sécurité sanitaire.

Depuis le 1^{er} janvier 2004, 1 600 établissements publics et privés offrant des activités d'hospitalisation complète ou partielle en MCO, médecine, chirurgie, obstétrique, ont basculé dans le nouveau système.

Votre projet de loi prévoit cette année la modernisation de l'hôpital, lancée avec le plan Hôpital 2007, ainsi qu'une montée en charge progressive de la T2A.

Le plan Hôpital 2007 mis en place à l'initiative de Jean-François Mattei a permis de redonner au secteur hospitalier espoir et confiance dans l'avenir. Il vise à donner plus de facilités aux professionnels pour la réalisation de leurs projets, à harmoniser les modes de financement des établissements publics ou privés et donc à leur offrir les mêmes possibilités de financement.

Le calendrier initial des opérations est respecté. Les premiers résultats sont encourageants grâce à la forte mobilisation et à la réactivité de tous les secteurs hospitaliers.

Le plan Hôpital 2007 représente 6 milliards d'euros supplémentaires investis pendant cinq ans pour redonner aux établissements leurs capacités d'innovation et d'adaptation, mais aussi pour leur fournir les moyens de leur développement.

A titre d'exemple, les hôpitaux de l'Assistance publique de Marseille ont bénéficié de 350 millions d'euros pour se restructurer. Jamais, depuis quarante ans, une telle somme n'avait été consacrée aux hôpitaux de Marseille !

La tarification à l'activité apparaît comme l'élément clé du plan Hôpital 2007. Vous avez récemment réuni l'ensemble des représentants institutionnels du monde hospitalier public et privé pour confirmer les principes de cette réforme et faire le point sur l'avancement.

Une plus grande transparence est introduite dans le dispositif de soins. Les établissements hospitaliers seront désormais financés au travers d'une prestation médicalisée ou d'un service médical rendu. Le patient et le professionnel auront une meilleure lisibilité de ce qui est pris en charge.

Il était cependant important de tenir compte de la disparité des règles de financement entre les secteurs public et privé pour obtenir une convergence des modalités de financement et des tarifs à échéance de huit ans.

La part des budgets hospitaliers, pour les établissements publics et participant au service public hospitalier, financée par la T2A sera portée en 2005 à 20 %, puis à 30 % suivant les résultats de l'évaluation.

Les établissements privés appliqueront, à partir du 1^{er} décembre 2004, la T2A à 100 % de leur activité, avec toutefois l'application d'un coefficient correcteur permettant de tenir compte des différences tarifaires antérieures.

L'article 6 du projet de loi comporte certains aménagements de prises en charge spécifiques et des améliorations de procédures pour une meilleure application de la T2A. Il est ainsi prévu une accélération du calendrier de la montée en charge de l'assurance maladie.

A cet égard, permettez-moi d'attirer l'attention sur l'application de la T2A aux différentes régions de France. Pour la deuxième année consécutive, les établissements sous dotation globale de la région Île-de-France vont bénéficier, dans le cadre du déploiement de la tarification à l'activité, de tarifs de prestation majorés de 7 % en 2005.

Cette région avait été la seule des régions métropolitaines en 2004, à l'exception de la Corse, à bénéficier d'une telle correction. De surcroît, au sein de cette même région, les établissements situés à Paris et dans la petite couronne – Hauts-de-Seine, Val-de-Marne et Seine-Saint-Denis – avaient bénéficié d'un coefficient de majoration de 10 %.

Cette situation de traitement inégalitaire est fondée sur la volonté de compenser les surcoûts de fonctionnement constatés en Île-de-France. Cependant, les grandes agglomérations et tout particulièrement Marseille, la deuxième ville de France, ont à supporter des surcoûts qui sont identiques à ceux de l'Île-de-France en matière de charges foncières, de transports, etc.

Ainsi l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille doit-elle verser tous les ans des indemnités de résidence aux fonctionnaires qui engendrent un surcoût annuel de 9 millions d'euros. Je voudrais connaître votre position, monsieur le secrétaire d'Etat, et savoir s'il est prévu de faire profiter l'Assistance publique des hôpitaux de Marseille des mêmes conditions de correction de la T2A que celles retenues en Île-de-France.

Votre volonté politique d'engager des réformes en profondeur commence à porter ses fruits. Vous venez d'informer la représentation nationale que la progression des dépenses de santé a marqué un nouveau ralentissement en septembre, pour le quatrième mois consécutif.

Cela prouve, si c'était nécessaire, que la régulation des dépenses est possible. Les outils mis en place par votre prédécesseur et par vous-même contribuent à améliorer la situation économique de l'hôpital en libérant les énergies des établissements de santé et leur potentiel d'adaptation dans un environnement en mutation. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

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

Mme Hélène Mignon. C'est à vous, madame la ministre de la famille et de l'enfance, que je vais m'adresser. J'ai appris par voie de presse que vous réunissiez le comité de suivi du texte de loi créant l'allocation de présence parentale, ce dont je me félicite. François Brottes, notre collègue, vous l'avait demandé, à vous ou à votre prédécesseur, à plusieurs reprises par courrier.

Le dernier comité s'était réuni en 2001 sous l'égide de Ségolène Royal, à l'initiative du texte de loi voté en 2000. J'étais présente à cette réunion aux côtés de Marie-Françoise Clergeau et François Brottes. Nous avons écouté avec beaucoup d'attention les représentants des associations et avons pris note de leurs demandes d'ajustement. Les modifications apportées alors peuvent être améliorées. Toute loi innovante doit faire l'objet d'une évaluation dans les années qui suivent. Nous en sommes à ce stade.

Si, à l'époque, tous les bénéficiaires des allocations CAF avaient été informés de la création de cette allocation, il est évident qu'il serait bon de le rappeler et d'en informer à nouveau le secteur médico-social, de faire une piqûre de rappel en quelque sorte. Je note que 3 200 bénéficiaires, c'est peu ; on en attendait le triple ! Je précise cependant que 87 % en sont plutôt satisfaits, 60 % la trouvent trop juste pour s'en sortir et 52 % regrettent qu'elle n'excède pas un an.

Ce que vous vous apprêtez à nous proposer, d'après vos déclarations, va dans le bon sens dès lors que cela répond aux besoins recensés : souplesse pour permettre de ne pas ajouter du stress au chagrin, aux difficultés de tous ordres ; amélioration du montant de l'allocation pour éviter que les parents continuent d'adopter le système antérieur, celui du congé de maladie, plutôt que de se contenter d'une prestation modeste eu égard à leurs revenus professionnels et aux dépenses engendrées par la maladie de leur enfant. J'espère, madame la ministre, que vous nous donnerez des précisions sur l'avenir de cette prestation et direz ce que vous souhaitez en faire.

Vous avez par ailleurs présenté dans ce budget une mesure que je qualifierais de positive si je ne la trouvais plutôt du domaine de la symbolique. C'est l'allocation à l'adoption. Nous savons toutes et tous que l'adoption d'un enfant recueilli dans une institution à l'étranger, souvent dans des pays lointains, a un coût important et que cela décourage souvent de jeunes couples qui ne peuvent envisager de telles dépenses. Le montant de l'allocation que vous proposez ne résoudra pas leurs problèmes mais il donnera un petit coup de pouce à ceux qui avaient déjà pris leurs dispositions pour faire face aux besoins recensés. Pour les autres, que pouvons-nous faire ?

Comment faire pour ne pas pénaliser deux fois ces jeunes femmes, ces jeunes couples : une maternité souhaitée, mais impossible, et une adoption hors d'atteinte ? Comment supporter de ne pouvoir mener à bien un projet parental par manque de financement ? La question est complexe, mais l'aide que vous inscrivez au budget ne pourrait-elle pas être modulée en fonction des revenus ?

Vous proposez une visite médicale en classe de cinquième mais vous ne vous donnez pas les moyens de son efficacité. C'est dommage, car certains drames pourraient être évités grâce à une prise en charge de l'adolescent par le secteur de la santé. Vous allez certes me répondre, du moins je le suppose, que les comptes de la branche famille font apparaître un déficit d'environ 200 millions d'euros pour 2004. D'après les précisions de la Commission des comptes de la sécurité sociale du 21 septembre dernier, un quasi-retour à l'équilibre serait attendu pour 2005. Cette situation financière ne peut, à elle seule, justifier la faiblesse des mesures présentées dans ce projet de loi, dont Mme la rapporteure s'est fait l'écho, à moins d'isoler complètement la politique de la famille. Le budget de la famille n'est pas un budget isolé, il répond à des exigences nationales.

La conférence de la famille que vous avez présidée en 2004, madame la ministre, n'a pas beaucoup inspiré le Gouvernement. Aussi, je ne pense pas nécessaire d'attendre la prochaine conférence de 2005 pour prendre en compte les besoins de ces enfants, adolescents, jeunes majeurs, qui vivent dans des familles pauvres. Les résultats des enquêtes qui sont à notre disposition sont alarmants. Ces enfants sont des personnes en devenir. La pauvreté ne se réduit pas à l'absence de ressources immédiates ; elle handicape aussi leur capacité à évoluer, à se construire un capital de connaissances et de savoirs, un capital culturel, social et de santé.

Ce handicap risque donc d'avoir des conséquences durables, qui pèseront toute leur vie, et notamment au passage à l'âge adulte dans l'insertion professionnelle, dans la constitution d'un couple, dans la capacité à développer une personnalité autonome.

C'est au rapport du Conseil emploi-revenus-cohésion sociale concernant les enfants pauvres en France que j'ai emprunté ce développement. J'ai pensé que, plus que des propos personnels, il vous interpellerait. Tout à l'heure, vous avez répondu à l'une de mes collègues qui vous interrogeait sur les violences faites aux enfants. Ne pensez-vous pas, madame la ministre, que ces enfants sont victimes de violence sociale ?

Au moment où nous nous apprêtons à discuter de la loi de cohésion sociale, si médiatisée qu'on l'appelle loi Borloo, je ne comprends pas que vous n'ayez pas la volonté de vous attaquer à la fracture sociale par des mesures cohérentes. C'est un sujet transversal qui ne peut trouver de réponse que dans la recherche du retour à l'emploi.

Votre budget, la politique que vous menez, aggravent encore le problème, non par les dépenses que vous annoncez, mais par les économies que votre gouvernement n'hésite pas à faire sur le dos des plus faibles. Bien sûr, vous le savez, nous critiquons la hausse de 10 000 à 15 000 euros du plafond des dépenses ouvrant droit à une réduction d'impôt pour emploi à domicile, qui intéresse moins de 40 000 familles très aisées. Doit-on faire un parallèle avec les 2 millions d'enfants pauvres en France ? Oui, en ce sens qu'un enfant des quartiers défavorisés a le même droit à une vie décente qu'un enfant qui vit dans une zone pavillonnaire. Mais, en même temps, nous serions naïfs de croire que la suppression de cette mesure suffirait à financer les besoins des familles en grande difficulté.

La question que je pose est beaucoup plus large : oui ou non votre gouvernement veut-il combattre les inégalités ? Les faits sont têtus et montrent que la réponse est non, sinon pourquoi auriez-vous accepté les différents décrets relatifs aux aides au logement et aux prestations familiales signés en avril et juillet 2004 et qui, le 20 juillet, ont entraîné un communiqué de presse de l'UNAF ? Il y était indiqué que, avec les mesures modifiant l'assiette des prestations familiales, 60 000 familles ne bénéficieraient plus de prestations telles que l'allocation de rentrée scolaire, le complément familial ou l'allocation de base de la PAJE. Ces familles s'ajouteront aux 130 000 familles qui ne percevront plus d'aide au logement en raison du passage de 15 à 24 euros du seuil de non-recouvrement des aides au logement et aux 100 000 autres familles qui verront ces mêmes aides supprimées en raison de la modification de l'assiette des ressources.

Madame la ministre, alors que le nombre des bénéficiaires du RMI est reparti à la hausse – plus 10 % en un an –, que les résultats des statistiques du chômage sont loin d'être encourageants, mais au contraire atteignent à nouveau le moral des Français, comment pouvez-vous ne pas vous pencher sur les difficultés non pas à vivre décemment, mais tout simplement à vivre, de ces familles ?

Les mesures prises dans la loi de finances aboutissent obligatoirement à la baisse des ressources de l'État, et l'augmentation du nombre de chômeurs associé aux multiples avantages financiers accordés aux entreprises ne rempliront pas les caisses de la sécurité sociale. C'est sans nul doute un choix politique, mais c'est un choix à courte vue.

Vous savez que les places en crèche sont notoirement insuffisantes. Votre idée de faire cofinancer des crèches d'entreprise est une fausse bonne idée car il faudrait que, parmi les salariés, il y ait un turn-over important, les jeunes parents remplaçant de façon régulière les parents d'enfants plus âgés. J'espère que cela ne se produira pas, car ce serait inquiétant pour le droit des travailleurs et l'avenir de l'entreprise. Nous sommes toutes et tous persuadés que l'accueil en crèche, en particulier d'enfants de familles monoparentales, serait une chance offerte non seulement à la mère et à l'enfant, mais aussi à la société.

C'est un choix à courte vue de ne pas donner les moyens de vivre plus décemment à toutes ces familles en difficulté, dont le désespoir est tel que les parents ne remplissent plus leur rôle et que certains adolescents, par leur comportement, posent problème dans leur quartier. Cela nous interpelle quant aux mesures à envisager pour que le lien social ne se rompe pas définitivement.

De telles mesures auraient, bien sûr, un coût à inscrire aujourd'hui dans le budget, mais elles permettraient ensuite de réaliser des économies dans les domaines de la santé, de la prévention de la délinquance et ses multiples facettes. Permettre à ces familles de vivre dans un appartement décent leur assurera une meilleure insertion sociale et une meilleure préparation à la vie professionnelle, ce qui évitera, ou du moins réduira, plus tard toute la problématique de la réinsertion et de l'adaptation aux postes de travail. Nous militons tous pour le droit à une deuxième chance, mais avouez que donner les moyens de ne pas rater la première, c'est mieux !

Madame la ministre, vous l'avez bien compris au terme de cette courte intervention, les députés socialistes ne voteront pas votre budget, qui n'aborde pas les vrais problèmes et continue d'accentuer les injustices. *(Applaudissements sur les bancs du groupe socialiste.)*

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

2

ORDRE DU JOUR DES PROCHAINES SÉANCES

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

Questions au Gouvernement ;

Suite de la discussion du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005, n° 1830 :

Rapport, n° 1876, tomes 1 à 5, de MM. Bernard Perrut, Jean-Pierre Door, Mme Marie-Françoise Clergeau et M. Georges Colombier, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales ;

Avis, n° 1877, de M. Yves Bur, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.

A vingt et une heures trente :

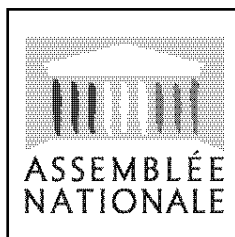
Suite de la première séance.

La séance est levée.

(La séance est levée, le mercredi 27 octobre 2004, à une heure.)

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

JEAN PINCHOT



ABONNEMENTS

NUMÉROS d'édition	TITRES	TARIF abonnement France (*)
		Euros
	DÉBATS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :	
03	Compte rendu..... 1 an	90,00
33	Questions..... 1 an	69,10
83	Table compte rendu.....	17,90
93	Table questions.....	14,90
	DÉBATS DU SÉNAT :	
05	Compte rendu..... 1 an	76,40
35	Questions..... 1 an	54,50
85	Table compte rendu.....	16,60
95	Table questions.....	11,00
	DOCUMENTS DE L'ASSEMBLÉE NATIONALE :	
07	Série ordinaire 1 an	460,10
27	Série budgétaire 1 an	57,20
	DOCUMENTS DU SÉNAT :	
09	Un an.....	421,20

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° 2003-1061 du 7 novembre 2003

DIRECTION, RÉDACTION ET ADMINISTRATION : Journaux officiels, 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 : 0,75 €

(Fascicules compte rendu et amendements.)