

ASSEMBLÉE NATIONALE

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

SESSION ORDINAIRE DE 2004-2005

52^e séance

Compte rendu intégral

2^e séance du mercredi 10 novembre 2004

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



SOMMAIRE

PRÉSIDENCE DE M. FRANÇOIS BAROIN

1. **Loi de finances pour 2005 (deuxième partie).** – Suite de la discussion d'un projet de loi (p. 9265).

SANTÉ, FAMILLE, PERSONNES ÂGÉES
ET PERSONNES HANDICAPÉES (*suite*)

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

2. **Saisine pour avis d'une commission** (p. 9269).
3. **Loi de finances pour 2005 (deuxième partie).** – Reprise de la discussion d'un projet de loi (p. 9270).

SANTÉ, FAMILLE, PERSONNES ÂGÉES
ET PERSONNES HANDICAPÉES (*suite*)

Mme Marie-Josée Roig, ministre de la famille et de l'enfance.

Mme Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'État aux personnes handicapées.

Mme Catherine Vautrin, secrétaire d'État aux personnes âgées.

Réponses de M. le ministre, Mme la ministre et Mmes les secrétaires d'État aux *questions* de : Mmes Muguette Jacquaint, Martine Aurillac, M. Robert Lecou, Mmes Juliana Rimane, Danièle Hoffman-Rispal.

Suspension et reprise de la séance (p. 9280).

MM. Jean-Luc Prével, Patrick Beaudouin, Jacques Le Guen, Philippe-Armand Martin, Jean-Pierre Decool, Mme Béatrice Vernaudo.

TRAVAIL, SANTÉ ET COHÉSION SOCIALE

II. – Santé, famille, personnes handicapées et cohésion sociale

ÉTAT B

Titres III et IV. – Adoptions (p. 9286)

ÉTAT C

Titres V et VI. – Adoptions (p. 9286)

Article 77 (p. 9286)

Amendement n° 108 de M. Bapt : MM. Gérard Bapt, rapporteur spécial de la commission des finances ; le ministre. – Rejet.

Amendements n°s 99 du Gouvernement et 109 de M. Bapt : MM. le ministre, le rapporteur spécial. – Retrait de l'amendement n° 109 ; adoption de l'amendement n° 99.

Adoption de l'article 77 modifié.

Article 78. – Adoption (p. 9286)

Article 79 (p. 9287)

Amendement n° 72 de la commission des finances : MM. le rapporteur spécial, Richard Mallié, le ministre. – Adoption.

Adoption de l'article 79 modifié.

Après l'article 79 (p. 9287)

Amendement n° 121 de M. Prével : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur spécial, le ministre. – Retrait.

Amendement n° 122 de M. Prével : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur spécial, le ministre. – Retrait.

Amendement n° 123 de M. Prével : MM. Jean-Luc Prével, le rapporteur spécial, le ministre. – Rejet.

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

4. **Ordre du jour des prochaines séances** (p. 9288).

COMPTE RENDU INTÉGRAL

PRÉSIDENTICE DE M. FRANÇOIS BAROIN,

vice-président

M. le président. La séance est ouverte.

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

1

LOI DE FINANCES POUR 2005

DEUXIÈME PARTIE

Suite de la discussion d'un projet de loi

M. le président. L'ordre du jour appelle la suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 2005 (n^{os} 1800, 1863).

SANTÉ, FAMILLE, PERSONNES ÂGÉES
ET PERSONNES HANDICAPÉES *(suite)*

M. le président. Nous poursuivons l'examen des crédits du ministère du travail, de la santé et de la cohésion sociale, concernant la santé, la famille, les personnes âgées et les personnes handicapées.

La parole est à M. le ministre de la santé et de la protection sociale.

M. Philippe Douste-Blazy, ministre de la santé et de la protection sociale. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, le travail législatif a été intense au cours de ces derniers mois, comme l'a souligné Mme Poletti. Différents textes de loi ont été publiés en juin, qu'il s'agisse de la création de la caisse nationale de solidarité pour l'autonomie chère à mes collègues, Mme Montchamp et Mme Vautrin, que je salue, ou de la santé publique, de l'assurance-maladie et de la bioéthique. Quant à la politique du handicap, elle est encore en cours de débat.

À juste titre, le projet de budget pour 2005 met en œuvre ces politiques dans le cadre normatif ainsi stabilisé. Avec 8,63 milliards d'euros, le budget du ministère de la santé et de la protection sociale sera quasiment stable en 2005 à périmètre constant. Compte tenu des contraintes globales qui pèsent sur nos finances publiques, c'est un budget satisfaisant. Il favorisera une meilleure prise en compte des besoins de nos concitoyens dans les domaines de la santé et de la protection sociale. Il permettra de mettre en œuvre les priorités, en premier lieu celles relatives à la santé publique, c'est-à-dire, avant tout, la prévention.

Monsieur Prétel, la création des groupements régionaux de santé publique va permettre de rassembler les énergies au niveau régional pour atteindre les objectifs de santé publique, dont beaucoup sont quantifiés.

Le Gouvernement a dégagé, dans le projet de budget pour 2005, plus de 26 millions d'euros supplémentaires pour mettre en œuvre les politiques de santé publique. Cet effort important permet d'augmenter de près de 9 % par rapport à 2004 les crédits de santé publique, de veille et de sécurité sanitaires. Je ne vous laisserai donc pas dire, madame Jacquaint, que la politique de santé publique est le parent pauvre de mon action ministérielle.

Mme Muguette Jacquaint. Mais vous ne pouvez pas m'empêcher de le penser !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. La lutte contre le cancer constitue un premier volet de notre politique de santé publique. Le Président de la République en a fait l'un des chantiers prioritaires de son second mandat et a lancé un plan de mobilisation nationale le 24 mars 2003.

Le plan national de lutte contre le cancer sera renforcé grâce à 21 millions d'euros supplémentaires en 2005. Ces crédits permettront d'accompagner la montée en puissance de l'Institut national du cancer, créé en juillet de cette année, qui disposera ainsi de 32 millions d'euros en 2005, et de poursuivre les actions de dépistage précoce, non seulement du cancer du sein – à ce propos, j'ai le plaisir d'annoncer à la représentation nationale que le dépistage systématique du cancer du sein chez les femmes de plus de cinquante ans sera généralisé, dans tous les départements, d'ici à la fin de 2004 (« Très bien ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire) –, mais également du cancer du col de l'utérus, pour lequel le taux de dépistage est encore insuffisant, et du cancer colo-rectal, expérimenté dans vingt-deux départements en vue d'une généralisation. La lutte contre le cancer est en effet la principale priorité du ministère en santé publique, avec au total 81 millions d'euros de crédits inscrits au projet de budget pour 2005.

Une autre priorité de santé publique est constituée par la lutte contre le virus du sida. Je sais combien il est important de poursuivre notre effort contre cette pathologie. Avec 56,6 millions d'euros, les crédits du sida sont maintenus au même niveau qu'en 2004. Ils sont bien évidemment consacrés en priorité à la prévention et à l'accompagnement des malades. Nous continuerons notre politique d'intervention préventive auprès des populations les plus exposées au risque de contamination.

S'agissant du soutien aux associations, après l'évaluation qui a été menée, j'ai pris la décision de recentrer l'attribution des crédits en soutien des opérateurs les plus performants, dans l'intérêt des malades et des personnes à risque.

Madame Jacquaint, je me suis en outre engagé en faveur d'une recherche volontaire sur les vaccins au niveau européen. Pour ce faire, j'ai récemment invité au ministère mes homologues européens et je me suis aperçu que, alors qu'il y avait vingt candidats vaccins en Europe et vingt aux États-Unis, les seules études précliniques aujourd'hui en phase 2 sont des candidats vaccins américains parce que nous n'avons pas de volonté stratégique commune européenne. Il est donc urgent de mettre en place une stratégie européenne commune.

Par ailleurs, en loi de finances rectificative, nous accorderons 5 millions d'euros supplémentaires pour le GIP ESTHER au profit des pays les moins développés.

Concernant le plan national santé environnement, la France vient de se doter pour la première fois d'un plan qui concerne nos concitoyens dans leur vie de tous les jours. Il vise à protéger leur santé en améliorant leur environnement tant professionnel que privé. Pour initier la mise en œuvre de ce plan, 3,5 millions d'euros de crédits seront mobilisés dès 2005 sur le budget du ministère. J'annonce d'ailleurs à la représentation nationale que, pour la première fois, nous allons mener, avec l'INSERM, une étude prospective de dix, quinze, vingt ans, type Framingham. Nous suivrons d'abord les femmes enceintes et leurs enfants pendant vingt ans pour savoir quelles sont les conséquences sanitaires des différents facteurs environnementaux et nutritionnels de la femme enceinte et du jeune enfant.

Enfin, 4 millions d'euros seront consacrés au démarrage de trois plans qui complètent la politique de santé publique et renforcent la prévention : le plan national de lutte pour limiter l'impact sur la santé des comportements à risque et des conduites addictives, le plan national de lutte contre les maladies chroniques et – je me tourne là vers Mme Hoffman-Rispal et Mme Guinchard-Kunstler – le plan de lutte contre les maladies rares, avec, en particulier, le plan triennal Alzheimer. Ce plan, très attendu, prévoit des mesures permettant de détecter plus précocement cette maladie, d'améliorer la qualité de vie des patients et de leurs proches. Il vise également à encourager la recherche grâce à une contribution très importante des crédits de l'assurance-maladie. Nous dénombrons 165 000 nouveaux cas de maladie d'Alzheimer par an dans notre pays.

M. Kouchner et vous-même, madame Guinchard-Kunstler, avez commencé ce plan Alzheimer, c'est vrai. Nous le mettons aujourd'hui au goût du jour. Vous m'avez posé la question de son financement : 88 millions d'euros sont prévus pour la médicalisation des établissements concernés par l'accueil des patients atteints de cette maladie. S'y ajoutent 15 millions d'euros sur la durée du plan pour les centres de mémoire, de 2005 à 2007. Il importe de créer des unités de vie pour que les familles puissent enfin, de temps en temps, se reposer pendant une matinée, un après-midi ou un week-end. Ces unités de vie ne doivent pas être adossées à des maisons de retraite, comme c'est le cas depuis le début. Il faut qu'elles soient situées en centre-ville pour que l'on puisse vivre à domicile avec ces personnes souvent démentes. (*« Très bien ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*) Telle est l'ossature de notre plan.

Pour ce qui est de la lutte contre les maladies chroniques, madame Jacquaint, l'assurance-maladie s'est massivement engagée dans l'indemnisation de ces pathologies. Les patients représentent 12,3 % des malades et 58,3 % des dépenses de l'assurance-maladie, soit plus de 80 milliards d'euros. Vous ne pouvez donc pas réduire notre engagement en la matière au million et demi d'euros inscrit dans le projet de loi de finances.

À ce sujet, je veux formuler une remarque sur la politique du ministère de la santé depuis dix ou vingt ans, quelle que soit la majorité politique. Tous les deux ou trois ans, un plan est élaboré par le ministre dans pratiquement tous les secteurs. Il est présenté à la presse. On en parle pendant deux jours. Ensuite, les décrets mettent trois ans à sortir.

Alors que j'étais aujourd'hui à l'hôpital Tenon pour évoquer un plan périnatalité, je me suis souvenu que je m'y trouvais déjà, il y a dix ans, pour la même raison. À cette occasion, je me suis aperçu que les décrets relatifs au plan de 1994 n'étaient parus qu'en 1998 et qu'ils ne sont toujours pas mis en œuvre aujourd'hui. Voilà la gangrène de notre République.

Si les parlementaires votent un projet de loi, il faut que les décrets sortent dans les mois suivants et que les administrations soient au rendez-vous.

Mme Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'État aux personnes handicapées. C'est décisif !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. C'est ainsi que la politique de santé publique doit être conduite.

Certains ont évoqué le plan de gériatrie. Beaucoup d'argent, que vous aviez décidé d'y consacrer, a été absorbé par les ARH, qui l'ont envoyé aux directeurs des hôpitaux. Ceux-ci ont privilégié tour à tour les services de cardiologie, d'ophtalmologie ou de greffe, mais jamais le service d'urgence ni celui de gériatrie. Tous les six mois, on convoque donc les ARH pour vérifier que l'argent est arrivé sur le terrain. C'est cela aussi, conduire une politique de proximité. (*« Très bien ! » sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

Mme Muguette Jacquaint. Il n'y avait pas suffisamment d'argent. Dans ces conditions, comment peut-on reprocher aux directeurs d'hôpitaux de faire des arbitrages ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Vous avez évoqué, monsieur le rapporteur spécial, la diminution des crédits affectés aux PRAPS. Ce mouvement inéluctable est la conséquence directe des nouvelles modalités de mise en œuvre de la santé publique.

En effet, la loi du 9 août 2004 engage une action par plans et la multiplication des plans nationaux a naturellement pour corollaire une diminution du nombre de questions relevant des PRAPS. Leur financement n'est pas diminué, mais il s'organise autrement puisqu'il existe aujourd'hui des financements spécifiques pour chacun de ces plans.

Toujours en termes de santé publique, le Premier ministre a validé, le 26 juillet dernier, le plan quinquennal contre les drogues et la toxicomanie. Pour mener à bien ce plan, la mission interministérielle de lutte contre les drogues et la toxicomanie sera dotée de 38 millions d'euros en 2005, tout comme en 2004, monsieur Manscour. Près de la moitié de ces crédits sera mobilisée dans des actions en direction des jeunes, particulièrement pour les sensibiliser aux risques de l'usage du tabac, de l'alcool ou des drogues illicites.

Au mois de mars ou d'avril, pour la première fois dans un pays occidental, une campagne de communication télévisée et destinée au grand public sera menée pour parler des drogues illicites, notamment du cannabis. D'anciens consommateurs interviendront, de manière à faire cesser cette mode qui consiste à prétendre que cette substance ne fait pas de mal. Le cannabis est très néfaste à la santé de tout consommateur, y compris des jeunes. Une grande campagne de communication sera donc menée dans ce but dès le début de l'année prochaine.

Comme vous le savez, nous nous sommes fixé comme objectif une réduction de 20 % en cinq ans du niveau de consommation moyenne d'alcool par habitant, par une réduction du nombre de consommateurs excessifs. Nous

avons déjà fait du chemin. Je ne méconnaiss pas les difficultés qu'il reste à surmonter, mais nous devons nous efforcer de réussir pour améliorer durablement la santé des Français.

Pour les centres nationaux de référence, contrairement à ce que vous avez affirmé, monsieur le rapporteur spécial, un effort important est réalisé puisque 5 millions d'euros supplémentaires leur seront apportés en 2005.

En ce qui concerne la santé dans les départements d'outre-mer, monsieur Kamardine, l'effort de prévention, de veille et de sécurité sanitaires sera amplifié en 2005. De nouvelles mesures de prévention de la violence seront mises en œuvre et un effort particulier sera consenti dans le champ de la santé environnementale, dont les crédits vont augmenter de plus de 50 % dans les départements d'outre-mer.

S'agissant de la bioéthique, la loi du 6 août 2004 regroupe dans une agence de biomédecine l'établissement français des greffes et l'association France greffe de moelle. Avec 2,4 millions d'euros de mesures nouvelles, l'agence de biomédecine bénéficiera au total de plus de 10 millions inscrits dans le budget pour 2005.

Pour ce qui est de la réforme de l'assurance-maladie, les effets directs de la loi du 13 août porteront principalement sur les comptes sociaux. Cependant, des crédits budgétaires permettront d'accompagner cette réforme.

La haute autorité de santé sera mise en place avant la fin de l'année puisque le décret la concernant a été publié le 27 octobre. Elle reprendra les attributions de l'ANAES, l'agence nationale d'accréditation et d'évaluation en santé, ainsi que des commissions de la transparence et de l'évaluation des produits et prestations, actuellement logée au sein de l'AFSSAPS. Elle sera également chargée d'évaluer l'utilité médicale des actes, ainsi que l'efficacité des thérapeutiques et des médicaments. Avec 1,5 million de mesures nouvelles, ce sont 11 millions au total qui seront mis à sa disposition dans le budget 2005.

La haute autorité de santé devra surtout avoir une valeur scientifique, éthique et morale au-dessus de tout soupçon : oui, monsieur Prél, scientifiquement au-dessus de tout soupçon. C'est l'une des pierres angulaires de notre réforme.

Nous allons également installer l'Institut national des données de santé et nous expérimenterons, courant 2005, les agences régionales de santé regroupant les ARH et les URCAM. Il n'est pas normal que le système de santé public et le système libéral se tournent le dos, alors que leur financeur, c'est-à-dire l'assurance-maladie, est le même.

Permettez-moi, madame Jacquaint, de préciser les moyens dont disposent les agences de sécurité sanitaire. Désormais rattachées aux programmes expérimentaux de la LOLF, elles bénéficieront au total de près de 104 millions d'euros contre un peu plus de 100 millions d'euros en 2004. Je pense que nous ne disposons pas des mêmes chiffres.

S'agissant de la télémédecine, son utilisation permet de partager les connaissances et les informations au profit des hôpitaux locaux, des maisons de retraites et autres petites structures de soins, pour une prise en charge crédible des patients. Tel est l'objet de l'article 33 sur la télémédecine dans les schémas régionaux d'organisation sanitaire que nous avons introduit dans la loi sur l'assurance-maladie.

En cela, je partage avec Mme Poletti l'idée que la télémédecine n'est pas un gadget et qu'elle prouve son utilité en matière d'aménagement du territoire. Ce ne sont ni M. le rapporteur spécial ni moi-même, anciens élèves du professeur Lareng, qui dirons le contraire.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je tiens d'ailleurs à remercier Mme Poletti de la qualité, de la pertinence et de l'exhaustivité de son exposé sur ce sujet.

Pour répondre à ce qu'a dit M. Landrain à propos des hôpitaux locaux, je précise que ceux-ci resteront d'autant plus facilement ouverts que l'on aura non seulement des consultations avancées, mais aussi des examens réalisés en télémédecine et lus par les meilleurs spécialistes des CHU ou des centres hospitaliers, pour que chacun, même dans les zones rurales, puisse être soigné près de chez lui.

Monsieur le rapporteur spécial, vous m'avez interrogé sur un éventuel désengagement de l'État à l'égard des victimes de l'amiante. Je peux vous affirmer qu'il n'en est rien. Le fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante était excédentaire à la fin de 2003, vous le savez. Les crédits nécessaires à son équilibre seront inscrits en loi de finances rectificative pour 2004, car il est inconcevable que le FIVA ne puisse verser aux victimes les indemnisations auxquelles elles peuvent prétendre.

Le fonds de financement de la CMU, la couverture maladie universelle, financera près de 200 millions de mesures nouvelles, en particulier la création du crédit d'impôt inscrit dans la loi relative à l'assurance-maladie. Ce crédit d'impôt sera ouvert au titre des contrats individuels d'assurance complémentaire de santé en faveur des foyers dont les revenus sont supérieurs au plafond permettant de bénéficier de la CMU. Celui-ci sera augmenté de 15 %.

Pour couvrir toutes ces mesures nouvelles et financer la baisse de 286 millions d'euros des crédits alloués au fonds CMU par le budget du ministère de la santé, la CNAMTS participera à deux titres au financement du fonds. Elle prendra d'abord à sa charge la moitié du financement de ces mesures nouvelles et versera, en 2005, 100 millions d'euros directement au fonds CMU. Par ailleurs, la taxe sur les alcools de plus de 25 degrés de la CNAMTS sera transférée au fonds CMU, pour un montant de 370 millions d'euros.

Pour la CNAMTS, la contrepartie du transfert des droits sur les alcools se trouve dans la prise en charge par le budget de l'État des crédits de décentralisation, au profit des régions, du financement du fonctionnement des écoles de formation des infirmiers et des aides-soignants. En effet, la CNAMTS assume actuellement ce financement pour les établissements publics. En 2005, cette compétence sera décentralisée aux régions. Or le montant de la taxe sur les alcools est comparable au coût annuel de 350 millions aujourd'hui supporté par la CNAMTS pour le financement de ces écoles.

En pratique, la mise en œuvre de cette décentralisation ne pourra intervenir qu'en milieu d'année, ce qui entraînera pour la CNAMTS une dépense de 175 millions d'euros en 2004, partiellement compensée par un transfert supplémentaire de droits sur les tabacs de 90 millions. Au total, au-delà des problèmes techniques liés à l'année de transition, cette opération est, à long terme, neutre pour la CNAMTS.

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. Mais pas cette année !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Monsieur le rapporteur spécial, vous avez mentionné la mesure d'alignement sur le RMI des conditions de ressources pour bénéficiaire de la CMU. Il s'agit d'une harmonisation des dispositions relatives à l'aide aux plus faibles. Pour autant, vous ne pouvez pas prétendre que nos politiques sont en leur défaveur puisque, comme je l'ai déjà souligné, nous créons un crédit d'impôt et que, comme vous l'avez mentionné vous-même, nous mettons en œuvre l'ouverture de la CMU à 300 000 enfants pauvres, annoncée par le Premier ministre.

N'est-il pas intéressant, monsieur le rapporteur spécial, que vous nous donniez des leçons alors même que vous avez soutenu un gouvernement qui a créé la CMU avec un effet de seuil ?

M. Jacques Le Guen. Il ne s'en souvient pas !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Aussitôt qu'elles percevaient un euro de trop, certaines personnes n'avaient plus droit à rien. Vous avez ainsi ouvert des trappes à pauvreté, ce qui est indigne. Nous avons tenu à lutter contre cet état de fait. Ceux qui sont du côté des défavorisés aujourd'hui se trouvent à droite, dans cet hémicycle.

M. Jacques Le Guen. Très juste !

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Non !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je viens d'évoquer la mise en œuvre de la loi de décentralisation, qui prévoit de confier aux régions le financement du fonctionnement des instituts et écoles de formation des infirmiers et aides-soignants, ainsi que les bourses aux étudiants.

En outre, des compétences exercées par les départements doivent être recentralisées. Il s'agit de la vaccination, du dépistage du cancer, de la lutte contre les infections sexuellement transmissibles, contre la tuberculose et contre la lèpre. De fait, cette recentralisation nécessite des délais incompatibles avec une mise en œuvre au 1^{er} janvier 2005. C'est pourquoi il vous sera proposé, dans le cadre du projet de loi de finances rectificative pour 2004, d'en différer la mise en œuvre au 1^{er} janvier 2006.

Enfin, la loi de décentralisation prévoit de confier aux départements les dispositifs concernant les personnes âgées que sont les centres locaux d'information et de coordination, et les comités régionaux et départementaux des retraités.

Pour poursuivre sur la politique relative aux personnes âgées, la loi du 30 juin 2004 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées a créé la Caisse nationale de solidarité autonomie, que connaît bien Mme la secrétaire d'État aux personnes handicapées.

Au-delà de la création de cette caisse, dont les crédits relèvent de la loi de financement de la sécurité sociale, notre politique en faveur des personnes âgées sera consolidée. En effet, 16 millions d'euros de crédits sont consacrés au financement des investissements pour la rénovation et la mise aux normes des établissements, et des antennes ALMA – Allô maltraitance – ainsi qu'une plateforme téléphonique pour lutter contre la maltraitance sont financées.

Mme Vautrin vous détaillera le contenu de notre politique en faveur des personnes âgées, mais je veux répondre à Mme Guinchard-Kunstler, qui m'a interrogé sur la démission du professeur, chef de service du CHU de Dijon, et sur la question des gériatres.

En ce qui concerne d'abord le problème de Dijon, Mme Vautrin recevra très prochainement les élus locaux pour examiner ce qui s'est passé.

Quant aux gériatres, ils jouent, d'une manière générale, un rôle de plus en plus important en raison du nombre croissant de personnes âgées dans notre pays, mais ils n'obtiennent pas la reconnaissance qu'ils méritent. La tarification à l'activité doit être mise en œuvre avec détermination, mais il faut être attentif à ce que les services de gériatrie n'en pâtissent pas. Il conviendra donc de mettre en place des missions d'intérêt général, qui permettront de respecter le travail des gériatres et de leurs équipes.

Le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui est toujours en cours d'examen, a pour but de garantir à ces dernières le libre choix de leur projet de vie, avec des moyens d'existence suffisants et le plein exercice de leur citoyenneté. Au total, ce sont près de 6,4 milliards d'euros que le budget de l'État consacra aux personnes handicapées. En effet, 200 millions d'euros supplémentaires sont inscrits au budget du ministère, pour couvrir l'augmentation de 4 % des dépenses relatives à l'allocation aux adultes handicapés et de 1,2 % de celles relatives aux centres d'aide par le travail. Mme Montchamp vous détaillera le contenu de notre politique en faveur des personnes handicapées.

M. Blisko m'a interrogé sur la tarification à l'activité. La réforme du financement à l'activité, votée dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2004, se met en place progressivement. Pour les hôpitaux, la part des ressources financées à l'activité en 2004 était de 10 %. Pour 2005, elle devrait se situer entre 20 et 30 % – je sais que les CHU préféreraient qu'elle s'approche de 30 % – en fonction de l'évaluation précise de l'effet mesuré en fin d'année. Les premiers effets positifs de cette réforme pour les hôpitaux se feront sentir dans les prochains jours, puisque ceux-ci vont recevoir près de 200 millions d'euros de crédits supplémentaires au titre de l'augmentation d'activité.

À M. Landrain, qui a soulevé la question du système rural des établissements locaux, je tiens à dire que je visiterai avec plaisir le centre hospitalier d'Ancenis. Je fais partie de ceux qui pensent que des restructurations hospitalières et la mise en place de réseaux hospitaliers sont nécessaires, mais qu'il ne faut pas pour autant fermer des hôpitaux locaux, car leur existence permet à des médecins libéraux de s'occuper de malades dans un milieu hospitalier quelques après-midi par semaine.

M. Nesme a évoqué les notions de parentalité, de projet parental, et la dimension psychique de la maternité et de la naissance, qui, c'est vrai, sont trop souvent négligées. C'est pourquoi l'un des deux axes fondateurs du plan sur la périnatalité que j'ai présenté ce matin vise à moderniser et à améliorer l'environnement psychologique et social de la grossesse et de la naissance.

A cet égard, je mentionnerai deux mesures importantes qui répondent à vos préoccupations.

La première consiste dans la création d'un entretien individuel du quatrième mois. En effet, la sécurité émotionnelle des femmes enceintes et des couples ne fait pas l'objet d'une attention suffisante. Un entretien individuel et/ou en couple sera donc systématiquement proposé à toutes les femmes enceintes et aux futurs parents au cours du quatrième mois de grossesse, afin de préparer avec eux les meilleures conditions possibles de la venue au monde de leur enfant. Cet entretien aura pour objectif de favoriser l'expression de leurs attentes, de leurs besoins et de leur

projet. Il doit être l'occasion d'évoquer les questions mal ou peu abordées avec la future mère lors des examens médicaux prénataux : questions sur elle-même, sur la perception de son image, sur son environnement affectif, sur sa vie professionnelle, sur l'attitude à adopter vis-à-vis des autres enfants de la famille. Ce développement sera assuré par un financement de 26 millions d'euros.

La seconde mesure consiste à faire en sorte que les interventions des psychologues dans les maternités soient facilitées et plus fréquentes. Leurs modalités d'intervention seront précisées par une circulaire qui s'inspirera des recommandations du rapport de Françoise Molénat et des recrutements seront réalisés dans les trois prochaines années pour 18 millions d'euros. Pour autant, concernant votre proposition législative, je pense préférable que cette pratique se diffuse auprès de l'ensemble des professionnels de la naissance, sans en faire une spécialisation. Les formations en maternologie seront donc très utiles, mais ce ne sont pas les seules. Votre proposition est intéressante, mais il ne me paraît pas possible de créer une spécialité et un mode d'exercice particulier.

Jean-Marie Le Guen a évoqué l'annonce du plan périnatalité. Je précise que les 173 millions d'euros de crédits figurent dans l'ONDAM hospitalier fixé dans le cadre du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2005 que l'Assemblée a voté la semaine dernière.

S'agissant du financement du bioterrorisme, je lui retourne la question : n'est-il pas normal que l'assurance maladie finance la lutte contre les épidémies et l'achat de médicaments ?

Enfin, je veux rappeler trois points forts de la loi sur l'assurance-maladie : premièrement, elle réaffirme et renforce le principe de la compensation intégrale des exonérations et elle introduit pour la première fois le principe de compensation pour les transferts de charges entre l'État et la sécurité sociale ; deuxièmement, l'État a consenti un effort considérable en rétrocédant 1 milliard d'euros au titre des droits sur les tabacs, et je remercie le ministre d'État d'avoir accepté ma proposition ; troisièmement, la loi clarifie les compétences respectives de l'État et de l'assurance-maladie, l'État passant d'un rôle de gérant à un rôle de garant et l'assurance-maladie exerçant de nouvelles compétences.

Mme Martinez nous a touchés en évoquant les enfants du Cambodge. Il est souhaitable de tout faire pour favoriser l'adoption, en particulier celle des onze enfants dont elle a parlé.

Enfin, nous nous attaquons, dans le budget 2005, à la modernisation du ministère de la santé et de la protection sociale, qui se doit d'être résolument orienté dans le sens du service rendu à nos concitoyens.

À ce titre, je veux continuer à améliorer la réactivité du ministère. Nous avons montré que cet objectif était atteignable dès cet été avec la mise en œuvre du plan canicule et son déclenchement en Rhône-Alpes et lorsque des cas de légionellose ont touché notre pays. La réorganisation du ministère sera engagée grâce à la création d'un département des urgences et des situations exceptionnelles, à la mise en place d'une plate-forme téléphonique d'information du public sur les situations exceptionnelles, à laquelle nous consacrerons 2 millions d'euros en 2005, et à une meilleure structuration des relations du ministère avec les agences de sécurité sanitaire.

Cette réorganisation est au cœur de la stratégie ministérielle de réforme que je porte pour ce ministère. Pour la mettre concrètement en œuvre, pour moderniser, un secrétaire général sera nommé le 1^{er} janvier prochain. Son action, qu'il exercera en concertation avec les représentants du personnel, aura en particulier pour objectif la mise en place d'une organisation à la fois plus dynamique et mieux orientée vers nos concitoyens.

Enfin, la réforme de l'État est également mise en œuvre dans son volet budgétaire. Des expérimentations nouvelles sont programmées qui permettront la généralisation, au 1^{er} janvier 2006, de la mise en œuvre de la loi organique sur les lois de finances. Concrètement, quatre programmes seront expérimentés en 2005, en particulier les programmes « Santé publique et prévention » et « Veille et sécurité sanitaires ».

En 2005, nous expérimenterons également dans la région Haute-Normandie le programme « Conception et gestion des politiques de santé », qui réunira l'ensemble des fonctions support du ministère, monsieur Bapt. Le choix qui a été fait peut sembler paradoxal au regard de l'un des objectifs de la LOLF, qui consiste à imputer l'ensemble des dépenses relatives à une politique publique au sein du même programme, y compris les coûts de rémunération et de fonctionnement, mais il répond à une nécessité pratique. En effet, la définition d'enveloppes de rémunérations et de crédits de fonctionnement par programme serait ingérable au niveau des services déconcentrés. Il en va de même pour l'administration centrale, dont les effectifs sont inférieurs à 3 000 personnes. À titre d'exemple, la direction générale de l'action sociale porte trois programmes et, si l'on suivait la logique d'imputation des crédits de fonction support sur les programmes de politiques publiques, ses dépenses de rémunérations et de fonctionnement devraient être scindées et réparties entre ces trois programmes.

Beaucoup de questions ont porté sur la politique familiale, sur le handicap et sur les personnes âgées. Mme Veil, aux côtés de laquelle j'étais entre 1993 et 1995, avait l'habitude de dire que le ministère de la santé n'est pas un ministère comme les autres parce qu'il est au service des gens isolés, de ceux qui souffrent ou qui ont vu leur vie basculer. Je pense à l'accident que l'on apprend à une famille, aux couloirs lugubres d'un hôpital à trois heures du matin, à l'échographie qui annonce à une maman que son enfant sera handicapé. Parce que ce ministère n'est pas comme les autres, son budget doit être examiné avec un sérieux tout particulier. C'est pourquoi je remercie du fond du cœur tous les députés qui, par leur parfaite connaissance de ce ministère, servent les personnes qui souffrent. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

2

SAISINE POUR AVIS D'UNE COMMISSION

M. le président. J'informe l'Assemblée que la commission des finances, de l'économie générale et du Plan a décidé de se saisir pour avis des articles 38, 39, 39 bis, 41, 50, 51, 51 bis, 52 et 59 du projet de loi de programmation pour la cohésion sociale, adopté par le Sénat après déclaration d'urgence.

LOI DE FINANCES POUR 2005

DEUXIÈME PARTIE

Reprise de la discussion d'un projet de loi

M. le président. Nous reprenons la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 2005.

SANTÉ, FAMILLE, PERSONNES ÂGÉES
ET PERSONNES HANDICAPÉES (*suite*)

M. le président. La parole est à Mme la ministre de la famille et de l'enfance.

Mme Marie-Josée Roig, ministre de la famille et de l'enfance. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, j'ai le plaisir de vous présenter, quelques jours après l'adoption du PLFSS pour 2005 par votre assemblée, le budget du ministère de la famille et de l'enfance inscrit au projet de loi de finances pour 2005.

J'insisterai particulièrement sur les dépenses d'intervention de mon ministère, mais je n'ignore évidemment pas les crédits communs à l'administration sanitaire et sociale, qui sont destinés à la gestion des politiques de santé et de solidarité. Ces crédits communs progressent en 2005 de 1,5 % pour atteindre 1 milliard 26 millions d'euros. Cette progression maîtrisée atteste de notre volonté de contenir les dépenses de fonctionnement en application de la politique de maîtrise des déficits publics engagée par le Gouvernement.

Le PLF 2005 consacre 1 milliard 60 millions d'euros de dépenses d'intervention en faveur des familles, soit 12 % de plus qu'en 2004. Dans le contexte budgétaire fortement contraint que vous connaissez, cette progression signifie clairement que le Gouvernement intensifie les efforts déjà entrepris en matière de financements publics en direction des familles, notamment en faveur des familles en difficulté.

En effet, l'essentiel des dépenses d'intervention du budget de la famille est destiné à des familles fragilisées. Ainsi 862 millions d'euros sont prévus pour le financement de l'allocation de parent isolé, l'API, dont la dotation progresse de 93 millions d'euros par rapport à la loi de finances initiale pour 2004. S'y ajoutent 170 millions d'euros au profit des gestionnaires de tutelles et de curatelles d'État, soit 21 millions d'euros de plus qu'en 2004. Je précise que les principes de financement de l'API et des tutelles et curatelles d'État seront les mêmes en 2005 qu'en 2004. Je dirai néanmoins quelques mots des réflexions en cours sur ces deux sujets, pour répondre à certaines questions qui m'ont été posées.

Dans le prolongement du comité interministériel de lutte contre l'exclusion qui s'est tenu en juillet dernier, j'ai installé, le 23 septembre dernier, un groupe de travail sur les familles monoparentales dont ont traité plusieurs intervenants.

Ce groupe réfléchit actuellement sur la problématique de l'accès à l'emploi de ces femmes – c'est à dessein que je dis « ces femmes » car 96 % des familles monoparentales ont une femme pour chef de famille – dont on sait qu'elles peuvent avoir des difficultés à trouver un emploi durable

lorsqu'elles arrivent en fin de droits. Il est notamment question de rendre plus incitatif le cumul d'une aide avec la reprise d'un travail en améliorant les dispositifs d'intéressement.

S'agissant des tutelles et des curatelles d'État, plusieurs rapports ont établi les insuffisances du système actuel, qui date de la fin des années soixante. En particulier, le nombre de mesures de tutelle ou de curatelle confiées à l'État depuis dix ans a été multiplié par quatre. C'est une situation, vous en conviendrez, financièrement intenable. Aujourd'hui, 600 000 de nos concitoyens, soit 1 % de l'ensemble de la population, font l'objet d'une mesure juridique de protection, ce qui constitue un record en Europe. Mes services, en liaison, naturellement, avec la chancellerie, travaillent à une réforme afin de mieux distinguer ce qui relève d'une vraie protection juridique des majeurs de l'accompagnement social dont ils peuvent avoir besoin.

Le PLF pour 2005 traduit les nouvelles orientations de la politique familiale, avec la mise en œuvre de deux mesures qui sont celles de la conférence de la famille 2004 consacrée aux adolescents. Je fais ici référence aux maisons des adolescents et à la mesure d'exonération du revenu fiscal des parents des revenus perçus par les enfants au titre de ce que l'on appelle les jobs de vacances. Je n'oublie pas pour autant le sujet abordé fréquemment de l'adoption internationale.

En ce qui concerne les maisons des adolescents, je rappelle d'abord qu'elles constituent des lieux privilégiés de soins, d'écoute, d'information pour les adolescents mais aussi pour leur famille. L'objectif est de favoriser la mise en réseau des professionnels compétents du monde de la santé, mais aussi de l'éducation nationale, de la culture, des services des collectivités locales, des autorités judiciaires et, bien entendu, du milieu associatif.

A cet égard le PLF pour 2005 prévoit une enveloppe de 2,5 millions d'euros au titre d'aides au démarrage. Je vais d'ailleurs très prochainement adresser une instruction aux préfets de tous les départements et aux directeurs des agences régionales de l'hospitalisation pour leur indiquer les critères généraux d'éligibilité à ces financements et pour que nous puissions enfin recenser l'ensemble des projets en préparation. Onze de ces maisons des adolescents existent aujourd'hui et douze sont en préparation pour l'année 2005. L'idéal serait de pouvoir compter, dans les années qui viennent, une maison des adolescents par département.

S'agissant des activités exercées pendant les congés scolaires ou universitaires des adolescents, l'article 64 du projet de loi de finances prévoit que les rémunérations correspondantes ne seront pas prises en compte dans les revenus du foyer fiscal des parents.

Enfin, dans le domaine de l'adoption, la réforme que je prépare actuellement avec l'ensemble des parties concernées et en concertation avec le conseil supérieur de l'adoption consistera à refondre le dispositif de l'adoption internationale avec la création de l'AFA, l'Agence française de l'adoption. Le PLF pour 2005 permettra d'assurer la création et le démarrage de cette agence, dont le rôle sera principalement d'aider les familles dans leurs démarches et d'assurer leur représentation institutionnelle vis-à-vis des pays étrangers, en particulier ceux qui, aujourd'hui, faute d'avoir en face d'eux un instrument national, se ferment aux demandes individuelles d'adoption, qui constituent, comme vous le savez, les quatre cinquièmes des adoptions réalisées en France. Cette mesure s'ajoute au doublement de la prime d'adoption inscrit au PLFSS pour 2005, que plusieurs d'entre vous ont salué.

Pour ce qui est de la poursuite des actions engagées, dans la logique des PLF 2003 et 2004, le ministère de la famille et de l'enfance poursuivra son soutien à la fonction parentale, notamment dans le cadre des REAAP, les réseaux d'écoute, d'appui et d'accompagnement des parents, et des points info-famille qui se multiplient aujourd'hui.

Le PLF pour 2005 continuera également à assurer la contribution financière de l'État au conseil conjugal et familial pour l'information, l'éducation et le soutien aux jeunes et aux familles en matière de vie relationnelle, affective ou sexuelle.

Enfin, le ministère poursuivra le financement de la médiation familiale, dont l'institutionnalisation récente permettra de mieux aider les familles en difficulté, et ce dans l'intérêt des enfants.

En conclusion, le budget du ministère de la famille et de l'enfance inscrit au PLF pour 2005 est un bon budget qui permet une meilleure prise en compte des besoins de nos concitoyens dans les domaines de l'adolescence et de l'adoption, tout en préservant les financements nécessaires aux prestations sociales relevant de la solidarité nationale. Il permettra au ministère de la famille et de l'enfance de traduire dans les faits, dans les semaines et les mois qui viennent, les chantiers importants que nous avons lancés.

J'ajoute que la préparation de la conférence de la famille 2005 sera l'occasion d'aborder en profondeur un nouveau chantier essentiel à mes yeux, celui des familles fragiles ou fragilisées.

Je vais maintenant répondre aux orateurs qui se sont jusqu'ici exprimés sur la politique familiale.

Monsieur Courtial, j'ai noté votre attachement à deux composantes complémentaires de la politique familiale qui sont la compensation des charges de familles et la redistribution en faveur des familles vulnérables. Ces deux volets sont, comme vous l'avez dit, pris en compte à la fois dans le PLFSS et dans le PLF.

Vous avez également présenté une conception large du champ de la politique familiale. Je tiens à vous répondre que j'attache, comme vous, beaucoup d'importance aux aspects sociétaux de la politique familiale. J'ai souhaité ainsi que la conférence de la famille 2005 aborde la situation des familles globalement vulnérables. Cela concerne, par exemple, des familles dont les enfants sont élevés par un seul parent ou dont la situation économique des parents s'est brutalement dégradée.

Monsieur Baguet, comme je l'ai indiqué au début de mon intervention, les dotations inscrites pour l'API et les tutelles et curatelles d'État progresseront très sensiblement, de plus de 12 %, de 2004 à 2005, ce qui est tout à fait considérable dans le contexte budgétaire actuel.

Vous avez également traité de questions relevant du PLFSS.

Le doublement de la prime d'adoption est une mesure importante qui s'insère dans la réforme de l'adoption pour mieux aider les familles adoptantes. Je sais bien que, malgré ce doublement, la prime ne correspond pas au montant total des frais exposés par une famille pour une adoption à l'étranger, mais le Gouvernement a voulu ainsi marquer sa reconnaissance envers les familles qui entreprennent une telle aventure, et je pèse mes mots. Par ailleurs, la montée en puissance de la PAJE portera à 350 millions d'euros les financements supplémentaires destinés aux familles en

2005, contre 140 millions en 2004. Il s'agit d'un effort financier très important qui permettra d'accroître le pouvoir d'achat des familles.

En ce qui concerne la rénovation du statut des assistants maternels, le projet de loi examiné au Sénat et adopté à l'unanimité en mai dernier va venir en discussion devant votre assemblée d'ici à la fin de l'année ; je crois pouvoir dire au début du mois de décembre.

Au plan de la cohérence de la politique familiale, j'ajoute que la PAJE est une mesure structurante de l'offre de garde puisqu'elle améliore les prestations individuelles existantes, met l'accent sur les moyens collectifs de garde avec le plan crèches de 200 000 places nouvelles, et facilite l'implication des entreprises pour diversifier et élargir les structures de garde. Qui, mieux que les entreprises, peut adapter l'amplitude des heures d'ouverture aux horaires de leurs propres salariés ?

De la même manière, la conférence de la famille 2004 a apporté de la lisibilité sur la politique en faveur des adolescents. Les entretiens de santé en classe de cinquième, l'exonération fiscale des jobs de vacances, le développement des maisons des adolescents sont des mesures d'ores et déjà inscrites dans le PLF ou le PLFSS.

Enfin, comme vous le savez, la conférence de la famille 2005 traitera des sujets démographiques et du soutien aux familles vulnérables. Le Gouvernement a conscience qu'il est nécessaire d'apporter des réponses aux questions liées à l'évolution des modes de vie des familles compte tenu de leur environnement économique et social.

S'agissant des questions démographiques, il ne faut pas tomber dans le catastrophisme, monsieur Baguet, car la France est dans une situation plutôt avantageuse par rapport à ses partenaires européens. Elle représente en effet à elle seule les trois quarts de l'excédent naturel de l'Europe des Quinze : 1,9 enfant par couple, contre 1,3 en Espagne, 1,2 en Italie et 1,4 en Allemagne. Nous ne sommes pas à la traîne, mais au contraire situés juste derrière l'Irlande, dont on connaît la fécondité légendaire.

Monsieur Kamardine, je connais votre attachement à faire évoluer le dispositif des allocations familiales servies à Mayotte. Comme j'ai eu l'occasion de m'en entretenir avec vous, il convient d'observer de près les impacts d'un système qui, je le rappelle, date seulement de la mise en œuvre de l'ordonnance de février 2002 et qui a mis en place les allocations familiales, l'allocation de rentrée scolaire et les allocations logement à Mayotte.

Nous devons parachever le dispositif prévu par cette ordonnance, en particulier renforcer les dispositifs d'action sociale sur la petite enfance, le logement et l'habitat. Je peux vous indiquer que l'arrêté programme, qui prévoit en outre son financement, paraîtra très prochainement.

Monsieur Nesme, vous soutenez les orientations de la politique familiale du Gouvernement en faveur des familles fragilisées et de l'accueil des jeunes enfants, ce dont je me félicite. Comme vous le rappelez, la PAJE bénéficie aujourd'hui à 200 000 familles supplémentaires. Néanmoins sa création a permis bien d'autres améliorations pour les familles. Ainsi, 150 euros de plus par mois sont versés à celles et ceux qui ont recours à une assistante maternelle pour faire garder leur enfant. La PAJE simplifie aussi considérablement les formalités administratives pour les familles, grâce à un dispositif calqué sur le chèque emploi-service.

Quant au complément d'activité qui remplace l'APE, l'évolution est également très positive. Premièrement, cette aide profite désormais aux parents dès le premier enfant ; cette extension constitue une avancée majeure, dix ans après l'ouverture de l'APE aux enfants de rang 2. Deuxièmement, cette aide a été augmentée significativement – de 15 % – pour les parents qui ont une activité professionnelle à temps partiel. La PAJE représente un effort de 850 millions d'euros supplémentaires au profit des familles. Elle a été conçue dans une large concertation. En particulier, je tiens à le souligner, la PAJE a été saluée par l'ensemble des mouvements familiaux.

S'agissant des droits sociaux des parents au foyer, je rappelle que les personnes bénéficiaires de l'allocation parentale d'éducation et du complément de libre choix d'activité de la prestation d'accueil du jeune enfant peuvent ouvrir droit à l'assurance vieillesse des parents au foyer, qui prévoit une affiliation gratuite à l'assurance vieillesse du régime général financée par la branche famille. Si ce n'est pas un salaire parental, il s'agit tout de même d'une avancée considérable.

Quant à la question relative au droit d'antenne des associations familiales, vous comprendrez qu'il ne m'appartient pas de me prononcer sur l'opportunité de modifier la loi du 30 septembre 1986, puisque c'est mon excellent collègue ministre de la culture qui est en charge de ces questions. Il me semble cependant que les associations familiales peuvent déjà s'exprimer sur les médias audiovisuels dans le cadre de l'obligation de respect du pluralisme des courants de pensée et d'opinion à laquelle sont soumis les éditeurs.

Enfin, en ce qui concerne la problématique grave de la lutte contre l'inceste, je ne peux qu'approuver votre souci de protection des enfants. D'ailleurs, je participerai, le 20 novembre prochain, à l'opération organisée par l'Association internationale des victimes de l'inceste, qui rappellera l'importance de la lutte contre ce fléau.

Je souhaite que toutes les formes d'agressions sexuelles faites aux enfants, qu'il s'agisse de personnes ayant autorité ou de tiers, soient vigoureusement réprimées et qu'en amont le dispositif de repérage soit rendu plus efficace et plus rapide.

Monsieur Bernard Debré, je ne considère pas que le budget de 1 060 millions d'euros que l'État consacre aux familles, notamment les plus vulnérables, soit insuffisant, d'autant qu'il aura progressé de 12 % en un an. Bien sûr, un ministre peut toujours rêver d'avoir plus, mais il faut tenir compte de la réalité.

En votre qualité de président de la fondation Santé des étudiants de France, vous mesurez l'intérêt que présentent ces maisons des adolescents, qui permettent de se pencher sur la santé, mais aussi sur l'environnement des adolescents, et, comme l'a très justement dit Mme Henriette Martinez, de détecter, même à cet âge, les situations de maltraitance.

Madame Martinez, je prépare une réforme pour aider les familles dans les démarches, trop souvent individuelles, de l'adoption. La création de l'Agence française de l'adoption, l'AFA, va dans ce sens.

Nous travaillons aussi à améliorer le taux d'adoption des pupilles de l'État, particulièrement insuffisant, puisqu'il n'est que d'un tiers. Les causes en sont très diverses. La première est en général l'âge – un enfant de six ans serait-il déjà trop vieux pour être adopté ? – mais aussi l'état de santé, le handicap ou l'appartenance à une grande fratrie.

Ce budget prend en compte tout ce qui rend les familles vulnérables, et met au centre de nos préoccupations ce qui est et restera longtemps encore, comme vous avez été nombreux à le souligner, la cellule de base de notre société. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

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

Mme Marie-Anne Montchamp, secrétaire d'État aux personnes handicapées. Monsieur le président, mesdames, messieurs les députés, chantier présidentiel, la politique à l'égard des personnes handicapées fait l'objet d'efforts financiers importants de la part du Gouvernement depuis plus de deux ans.

Comme l'ont souligné Geneviève Levy et Gérard Bapt dans leurs rapports, l'effort public en faveur des personnes handicapées avoisine les 30 milliards d'euros. Depuis 1995, date de changement de base de la comptabilité nationale, cet effort représente, avec 6,2 %, une part remarquablement constante des dépenses de protection sociale, aussi bien que de la richesse nationale mesurée par le PIB : 1,8 %. Sur cette somme, près de 14 milliards sont consacrés à des prestations sociales en faveur des personnes handicapées relevant de la loi du 30 juin 1975.

Monsieur Leteurtre, vous me demandez de produire un document budgétaire d'ensemble. Je vous renvoie au projet de performance du programme « Handicap et dépendance », qui préfigure ce qui sera soumis au Parlement en 2006, dans le cadre de la LOLF. Ce projet porte bien sur 30 milliards d'euros. J'espère, comme vous, que la mise en œuvre de la LOLF permettra à l'avenir de faire examiner par le Parlement la totalité de l'effort collectif et la performance réalisée au service des personnes handicapées.

Pour accompagner une telle politique, madame Guinchard-Kunstler, je présenterai prochainement un plan « Métiers » qui répond aux besoins que vous avez pointés en matière de recrutement, de formation et de professionnalisation et qui figure dans le texte portant égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées. Nous examinons aujourd'hui les crédits inscrits au budget du ministère de la santé et de la protection sociale, qui représentent 22 % seulement de cet effort global de 30 milliards, soit 6,4 milliards d'euros.

Les crédits dédiés aux personnes handicapées ont bénéficié d'une augmentation forte de 3,1 % en 2004 et ont systématiquement été sanctuarisés. Ils augmenteront de 3,2 % en 2005.

Les trois quarts de ces crédits concernent l'allocation aux adultes handicapés, que percevaient 767 000 personnes à la fin de 2003. Avec 4 846,68 millions d'euros, le projet de loi de finances 2005 prévoit une augmentation de 200 millions, soit 4 %.

Cette augmentation des crédits pour l'AAH traduit tout d'abord l'attention que le Gouvernement porte au maintien du pouvoir d'achat des personnes handicapées, ce qui l'a conduit à revaloriser le montant de l'AAH de 1,5 % en 2003 et de 1,7 % en 2004. Il devrait l'être encore de 1,5 % en 2005. En outre, je rappelle que ce gouvernement a ancré dans la loi portant réforme des retraites le principe de la revalorisation de cette allocation, en fonction de l'évolution prévisionnelle des prix.

Cette évolution s'explique également par une augmentation du nombre de bénéficiaires, notamment des personnes qui, ayant une incapacité comprise entre 50 % et 80 %, perçoivent l'AAH parce qu'elles ne peuvent se procurer un emploi.

Sur une longue période, le nombre d'allocataires de l'AAH dont le taux d'incapacité est supérieur ou égal à 80 % est stable, alors que, pour les incapacités de 50 % à moins de 80 %, l'augmentation annuelle dépasse 6 %. En 2004, pour la première fois, cette tendance s'est infléchie.

L'analyse géographique confirme que l'explication de cette évolution structurelle réside dans la montée du RMI : plus le taux de chômage est élevé, plus il y a d'allocataires du RMI, plus le revenu moyen est faible et plus les allocataires de l'AAH au titre de l'article L. 821-2 sont nombreux.

Cela confirme que notre premier devoir est d'offrir aux allocataires de l'AAH, singulièrement à ceux qui en relèvent en raison de leur impossibilité à se procurer un emploi, des perspectives de formation, de retour ou de maintien dans l'emploi.

Parallèlement nous devons améliorer les ressources de tous ceux qu'un handicap trop lourd empêche de travailler et de ceux qui sont hébergés en établissement et auxquels il reste trop peu pour vivre. Dans les prochains jours, un groupe qui travaille sur ce sujet avec les associations de personnes handicapées rendra ses conclusions. Ainsi, madame Lévy, dans les semaines à venir, je serai en mesure de répondre à vos attentes par un dispositif adapté.

Cette double démarche contribuera à clarifier la distinction entre handicap et difficultés sociales et professionnelles, qui, certes, peuvent se cumuler, mais jamais se confondre. C'est parce qu'il a voulu répondre à cette exigence vis-à-vis de nos concitoyens handicapés que le Gouvernement a refusé d'utiliser la notion de personnes en situation de handicap. Le projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation à la citoyenneté des personnes handicapées opère une claire distinction entre la compensation des surcoûts liés au handicap, pris en charge par la prestation de compensation, et le revenu d'existence *stricto sensu* que représente l'AAH. Il s'ensuit *ipso facto* une amélioration du pouvoir d'achat de l'AAH qui peut, désormais, être intégralement affectée à sa fonction de revenu d'existence.

En outre, le projet de loi renforce les mesures d'intéressement à l'activité liées à l'allocation aux adultes handicapés. Ainsi les modalités de cumul de l'allocation avec des revenus d'activité sont améliorées afin d'encourager la reprise d'une activité professionnelle, notamment à temps partiel.

Vous l'avez compris, le Gouvernement est décidé à concentrer ses efforts sur l'amélioration des dispositifs d'insertion professionnelle pour les personnes handicapées qui peuvent travailler. Il faut veiller à ne pas créer d'effet de seuil qui annulerait l'incitation à l'activité professionnelle.

Parce que le droit à l'emploi est une donnée fondamentale de la citoyenneté des personnes handicapées, mon objectif est de réduire l'écart entre le taux de chômage des personnes handicapées et le taux de chômage général. Cela nous conduira à un objectif d'emploi des personnes handicapées très offensif, de l'ordre de 15 %.

M. Yvan Lachaud, par la voix de M. Jean-Christophe Baguet, a eu raison de proposer une amélioration les transitions entre l'éducation et le monde du travail. C'est ce que je mets en œuvre au moyen d'un nouvel outil : les pactes

territoriaux pour l'emploi. Quant au tutorat, c'est l'une des actions du programme EQUAL, financé par le FSE, et auquel je souhaite m'associer.

Au passage, je tiens à rassurer Mme Carillon-Couvreur sur l'implication réelle du ministère de l'éducation nationale, qui a financé 6 000 postes nouveaux d'assistant éducateur, alors que le nombre de postes d'auxiliaire de vie scolaire, sur le budget du ministère de la santé, ne baissait que de 269.

Depuis 2003, les mesures nouvelles permettent également de conduire une politique dynamique et sans précédent de création de places en centres d'aide par le travail. Elle se poursuivra en 2005. Le Gouvernement concrétise ainsi le programme pluriannuel de création de places présenté le 28 janvier 2003. Celui-ci prévoit la création de 8 000 places entre 2005 et 2007, dont 3 000 places en 2005. Entre 2003 et 2007, 14 000 places en CAT auront ainsi été créées, contre 8 500 entre 1998 et 2002.

Toutes les semaines, ce sont près de soixante places en CAT qui sont ouvertes et qui permettent d'offrir une solution à de nombreuses personnes. Elles viennent s'ajouter aux 100 places créées chaque semaine, en moyenne, dans les établissements financés par l'assurance-maladie.

Cet effort en matière de création de places est un élément important de la politique vis-à-vis des personnes handicapées. Les places en établissement constituent un moyen de compensation du handicap pour tous ceux pour lesquels la vie à domicile n'est pas possible ou n'est pas souhaitée par les intéressés eux-mêmes.

Monsieur Chossy, vous avez soulevé la question de l'accueil en Belgique. J'y suis très sensible et je dois d'ailleurs rencontrer dans les prochaines semaines mon homologue belge. Je crois de mon devoir de rappeler que c'est en développant le programme de création de places en Île-de-France que l'on compensera l'effet d'attraction de l'offre belge en matière d'établissements pour les personnes lourdement handicapées.

Le projet de loi de finances pour 2005 est marqué par l'événement que représentent la création de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie – la CNSA – et la réforme majeure de notre protection sociale qui l'accompagne.

Faisant suite à la décision du Premier ministre du 6 novembre 2003, la CNSA a été créée par la loi du 30 juin 2004. Conformément aux missions qui sont les siennes, elle contribue au financement du programme de création de places. C'est à son budget que sont inscrits les crédits qui viendront abonder le budget de l'État pour financer les 3 000 nouvelles places de 2005 et consolider les 3 000 places créées en 2004.

L'organisation et le fonctionnement de la CNSA et son articulation avec le budget de l'État et les crédits d'assurance-maladie seront très prochainement au cœur de nos débats pour la seconde lecture du projet de loi sur le handicap. Vous verrez à cette occasion, monsieur Leteurtre, qu'il n'y a pas de flou : les promesses seront tenues, car les financements existent dès maintenant.

Mme Geneviève Lévy a évoqué la question de la tarification à la personne. Compte tenu de l'ampleur de la réforme institutionnelle, je n'ai pas souhaité ajouter dès 2005 une réforme de la tarification. Cependant, je suis avec intérêt les expérimentations en cours en Rhône-Alpes sur la tarification à la personne. Je voudrais également que nous mettions en œuvre les contrats pluriannuels d'objectifs et de moyens tels que définis dans la loi 2002-2 et son décret budgétaire.

taire et comptable, de même que j'attends des éléments de connaissance des indicateurs médico-sociaux qui se mettent en place.

La démarche progressive d'installation de la CNSA, avec un meilleur pilotage du risque dépendance, tel que préconisé par la Cour des comptes, doit faciliter une vision globale et cohérente de la politique de la dépendance.

C'est la création de cette caisse et les 850 millions d'euros qu'elle consacrera en 2008 à la politique du handicap qui permettront également la mise en place de la prestation de compensation, laquelle est au cœur du projet de loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Jusqu'à présent, les familles pouvaient s'adresser à la caisse d'allocations familiales et les assurés sociaux à la CPAM. Désormais, les personnes âgées et les personnes handicapées auront enfin une institution dédiée à la politique de la dépendance, la CNSA, et, plus près d'eux, la maison départementale des personnes handicapées. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État aux personnes âgées.

Mme Catherine Vautrin, secrétaire d'État aux personnes âgées. Monsieur le président, monsieur le rapporteur, mesdames, messieurs les députés, en 2020, la France comptera 17 millions de personnes de soixante ans ou plus et près de 4 millions de personnes de quatre-vingts ans ou plus.

Notre pays doit s'adapter à cette évolution démographique. C'est le mouvement qu'a engagé le Gouvernement en créant la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie et en pérennisant l'APA, dont l'État assurera le financement à hauteur de 1,4 milliard d'euros en 2005. Je tiens, à cet égard, à rendre hommage au travail de mon prédécesseur, Hubert Falco, car c'est avec son appui que le Gouvernement a dégagé des financements d'un niveau sans précédent pour l'APA et pour la médicalisation des établissements et des services pour les personnes âgées.

Madame Hoffman-Rispal, je rappellerai quelques chiffres relatifs à la partie du budget de la CNSA consacrée aux personnes âgées, sur lequel vous avez bien voulu m'interroger : 155 millions d'euros sont apportés par la contribution de 0,3 % perçue par la CNSA en 2004 pour la médicalisation des établissements et services ; à ce montant, qui rentre dans la base, s'ajouteront 210 millions d'euros en 2005, pour un total de 365 millions d'euros correspondant aux 48 % que vous évoquiez tout à l'heure à propos du PLFSS.

La nouveauté, c'est qu'à ces financements s'ajoutent, pour la même médicalisation, 210 millions d'euros prévus par l'ONDAM 2005. Pour parler clair, il ne s'agit donc ni d'un transfert ni d'un jeu de vases communicants : avec 210 millions d'euros fournis par la CNSA et 210 millions par l'ONDAM, cette tranche annuelle du plan « Vieillesse et solidarités » honore largement les engagements du Gouvernement.

Le montant des crédits alloués par le projet de loi de finances est naturellement sans comparaison avec ceux de la CNSA et de la loi de financement de la sécurité sociale. Toutefois, ils servent d'appui à des actions auxquelles je suis particulièrement attachée.

En premier lieu, une action déterminée est nécessaire pour lutter contre la maltraitance. Madame Guinchard-Kunstler, je vais vous démontrer que, dans ce domaine important, les crédits, s'ils sont répartis différemment, ne sont pas diminués pour autant. Cette action contre la maltraitance et la valorisation du rôle social des personnes âgées doivent demeurer des préoccupations essentielles des pouvoirs publics. Nous y consacrerons 732 000 euros, qui permettront notamment de développer les antennes départementales de l'association « Allô maltraitance des personnes âgées » – le réseau ALMA –, évoquée tout à l'heure par Philippe Douste-Blazy, avec dix nouvelles antennes qui s'ajouteront aux quarante et une existantes.

Toujours à propos de la maltraitance, vous avez justement évoqué le problème de la formation. Dès le mois de janvier prochain je saisirai de cette question le comité de vigilance contre la maltraitance afin qu'un volet maltraitance soit inclus dans le cahier des charges des formations des personnels œuvrant auprès de nos aînés.

Pour autant, on ne peut pas dire que rien n'a été fait pour le financement de places de formation sociale et je tiens à rappeler que le Gouvernement a financé, entre septembre 2002 et juin 2005, 3 000 places supplémentaires pour des assistantes sociales et d'autres acteurs du secteur médico-social.

Pour ce qui est des faisant fonction, l'engagement a déjà été pris d'ouvrir tous les diplômes du social et du médico-social à la validation des acquis de l'expérience. La même démarche sera engagée pour les aides-soignants dès 2005.

Les crédits prévus permettront aussi de poursuivre le financement d'organismes nationaux dont chacun reconnaît le rôle essentiel, comme la Fondation nationale de gérontologie, dont les études permettent de faire avancer la connaissance du vieillissement.

Ils permettront ainsi de financer la mise en œuvre, au niveau national, d'actions socioculturelles en direction des personnes âgées et d'activités valorisant le rôle des retraités, mettant ainsi en lumière l'importance du lien intergénérationnel.

Il convient, par ailleurs, de tirer les conséquences de la décentralisation.

Dans un souci de simplification et d'efficacité, la loi du 13 août 2004 relative aux libertés et responsabilités locales confie aux départements, à compter du 1^{er} janvier 2005, le pilotage des centres locaux d'information et de coordination gérontologiques, les CLIC. Ce transfert s'effectue alors que ce dispositif est maintenant bien ancré sur le territoire. On comptait, à la fin de septembre 2004, 447 CLIC répartis dans 93 départements, soit 80 nouveaux CLIC ouverts au cours de cette seule année 2004. Leur évolution montre qu'ils sont de véritables acteurs territoriaux, qui doivent relever logiquement d'une responsabilité décentralisée.

L'État assure le financement de ce transfert, qui permettra ainsi de reconduire les efforts en faveur de l'information et de la coordination gérontologiques au plan local et de poursuivre le développement des CLIC de niveau 3, qui représentent aujourd'hui plus de 40 % du total, ce qui est une avancée importante.

La décentralisation concerne également les comités départementaux des retraités et personnes âgées – les CODERPA –, auxquels la loi du 13 août donne une assise législative. Ils constituent des lieux de dialogue, d'information et de réflexion au sein desquels des représentants des retraités et des personnes âgées participent à l'élaboration et à l'appli-

cation des mesures en leur faveur dans le département. Je rappelle en outre que les schémas gérontologiques relèveront exclusivement du département, alors que leur élaboration était jusque-là partagée avec le représentant de l'État.

En 2004, plus de 22 millions d'euros ont été prévus en loi de finances initiale pour financer les CLIC et 914 000 euros pour le financement des CODERPA.

Vous m'avez dit, madame Hoffman-Rispal, que ces crédits diminuaient. En vérité, en 2005, la part du cofinancement assuré par l'État sera relayée par les départements, qui percevront à ce titre une compensation financière équivalente aux dépenses de l'État. Un certain développement sera donc assuré sur des bases financières consolidées.

En ce qui concerne les crédits d'investissement, la transformation des établissements d'hébergement des personnes âgées par l'intermédiaire des contrats de plan État-région sera poursuivie. La mise en œuvre des contrats de plan permettra d'achever l'indispensable transformation juridique des hospices. Près de 70 % des lits transformés sont des places de maisons de retraite.

Il convient également de poursuivre la rénovation et la mise aux normes des maisons de retraite, car les besoins demeurent très importants. Philippe Douste-Blazy et moi-même souhaitons, à cet égard, réaliser un diagnostic des besoins sur l'ensemble du territoire, car un recensement précis est nécessaire pour avancer.

En 2005, les crédits affectés aux contrats de plan seront supérieurs à 25 millions d'euros en autorisations de programmes.

Je dirai encore un mot, madame Hoffman-Rispal, des investissements dans les établissements.

Dans le cas d'un investissement réalisé dans une maison de retraite et financé pour partie par une subvention municipale, se pose un problème de réglementation comptable : l'excédent provenant du financement apporté par la commune devrait pouvoir être affecté en subventions d'investissement renouvelables et transférables, afin d'éviter, comme vous le notez à juste titre, que l'utilisateur paie deux fois : par l'impôt et par le prix de journée. Je demanderai donc à mes services que cette question soit précisément expertisée dans le cadre de l'adaptation en cours du décret sur la réglementation comptable des établissements sociaux et médico-sociaux.

L'enjeu de la rénovation des établissements, qui engage de multiples acteurs, est essentiel puisqu'il concerne souvent les plus fragilisées des personnes âgées.

Parallèlement, je souhaite relever un vrai défi, celui des services à la personne, pour permettre aux personnes qui le souhaitent de demeurer à leur domicile. Le travail devra porter particulièrement sur le moment où se produit le basculement, c'est-à-dire où le maintien à domicile ne peut plus être assuré et où il importe de chercher comment éviter cet ultime transfert – souvent bref, d'ailleurs, puisqu'il s'agit de l'extrême fin de vie. Le maintien à domicile concerne aujourd'hui près de 85 % des personnes très âgées : près de 4 millions de personnes de plus de soixante-quinze ans, pour 445 000 environ dans des institutions.

Le rapport remis par votre collègue M. Pierre Morange en juillet dernier rappelait à juste titre à propos des aides à domicile que les intervenants sont très faiblement qualifiés et que les services ont du mal à recruter des jeunes. C'est, en quelque sorte aussi, tout l'enjeu du plan de service à la personne lancé par Jean-Louis Borloo dans le cadre de la

préparation du plan de cohésion sociale. Nos réflexions visent à mieux répondre aux attentes de nos concitoyens et aux enjeux démographiques par une offre de qualité, en créant les conditions de la création de nouveaux emplois attractifs et en organisant de réelles perspectives de carrière pour le service des personnes âgées.

Je conclurai en rappelant que, durant huit mois, en charge de l'intégration et de la politique de la ville, j'ai pu mesurer au quotidien dans les quartiers que ce lien intergénérationnel était très souvent assuré par ces personnes âgées – qui se chargent, par exemple, du soutien scolaire. Ces services à la personne nous donnent un moyen très concret et vivant de faire vivre ce lien entre les générations en répondant aux défis démographiques et aux attentes de la population. (*Applaudissements sur les bancs du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.*)

M. le président. Nous en arrivons aux questions.

Nous commençons par celles du groupe des député-e-s communistes et républicains.

La parole est à Mme Muguette Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. Monsieur le ministre, je souhaite vous interpeller sur l'activité du prélèvement d'organes en France. Le dernier bilan d'activité de l'établissement français des greffes fait apparaître qu'en 2003 l'activité de prélèvement a baissé par rapport à 2002 : alors que plus de 10 770 malades auraient eu besoin d'une greffe d'organe pour continuer à vivre ou pour améliorer leurs conditions d'existence, 3 410 seulement ont été greffés. En d'autres termes, deux patients sur trois chez qui l'indication d'une greffe avait été posée n'ont pu être transplantés. Au 31 décembre 2002, 6 425 patients restaient ainsi en attente de greffe d'organe, auxquels se sont ajoutés, au cours de l'année 2003, 4 345 patients nouvellement inscrits en liste d'attente. Selon l'établissement des greffes, cette baisse de l'activité de prélèvement en 2003 est à mettre en rapport avec la diminution constatée des accidents traumatiques de la voie publique – résultat par ailleurs très positif –, mais aussi avec les difficultés actuellement rencontrées à l'hôpital en termes d'organisation et de démographie médicale.

Ce rapport souligne aussi les limites de notre législation sur le consentement au don d'organe en France. Certes, chacun sait que la loi sur la bioéthique prévoit que le prélèvement peut être effectué dès lors que la personne concernée n'a pas fait connaître, de son vivant, son refus d'un tel prélèvement. C'est ce que l'on appelle le consentement implicite. Néanmoins cette démarche peu connue n'est pas satisfaisante dans les faits, car elle place l'assuré dans une position de refus plutôt que d'acceptation.

Cette situation rend donc toujours opportune notre proposition de faire inscrire sur la carte Vitale ou, à terme, dans le dossier médical personnel, la volonté de l'assuré d'être donneur volontaire ou non. Cette prise de décision pourrait faire suite à un entretien préalable avec un professionnel de santé sur les enjeux des dons d'organes, et resterait modifiable à tout moment, dans un sens comme dans l'autre.

M. le président. Il faut conclure, madame Jacquaint.

Mme Muguette Jacquaint. Cette réforme aurait le mérite de sensibiliser l'ensemble de nos concitoyens à cette problématique et permettrait au médecin de procéder à un prélèvement rapide sans interférence familiale.

Monsieur le ministre, est-il envisagé une réforme de la législation en matière de consentement, comme le propose notre groupe, et quelles campagnes de sensibilisation au don d'organe, lesquels font tant défaut aujourd'hui, pourraient être conduites ?

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Madame la députée, vous posez une question importante. À cet égard je tiens à vous dire que la révision des lois de bioéthique nous permet d'afficher des objectifs ambitieux dans le domaine de la greffe d'organes, de tissus, de cellules. Entre 2000 et 2004, l'augmentation des prélèvements d'organes a été de l'ordre de 20 %. Malgré cela, la situation de pénurie persiste, en raison, tout simplement, comme vous l'avez très justement souligné, du nombre croissant de patients inscrits en liste d'attente. Le décalage, en 2003, entre le nombre annuel de nouveau inscrits – 4 300 – et celui des greffes réalisés – 3 400 – est trop important.

Actuellement, plus de 10 000 patients sont en attente de greffe. La diminution des accidents vasculaires cérébraux et des décès dus aux accidents de la route impose désormais d'effectuer un recensement absolu et systématique des donneurs potentiels. C'est une obligation de santé publique. Une bonne information du public doit accompagner cet effort.

L'établissement français des greffes considère qu'il conviendrait dans les prochaines années d'atteindre le niveau de 4 000 greffes d'organes par an. La réalisation de cet objectif est essentielle pour éviter l'accroissement du nombre de décès en liste d'attente. Ce ne sera pas possible sans un effort spécifique des établissements de santé. Je vais présenter très prochainement, avec l'établissement français des greffes, un plan complet concernant les typages. Cela étant, des réformes importantes vont affecter l'activité du prélèvement et de greffe.

La mise en œuvre de la tarification à l'activité a permis de définir, dans le budget de chaque établissement, une enveloppe de crédits qui est fonction de son activité de prélèvement, et de financer des frais de structure des coordinations hospitalières de prélèvement.

La disparition de la carte sanitaire et la préparation, en cours, d'un schéma national de la greffe doivent impérativement constituer l'occasion de s'interroger sur le nombre, la répartition territoriale et le niveau d'excellence des services de greffe.

Je serai amené à présenter, dans les semaines à venir, les mesures qui doivent permettre de valoriser cette activité, de donner toutes leurs chances aux patients qui attendent. En effet, il faudra tout faire pour permettre à ceux qui le souhaitent d'exprimer, de leur vivant, leur envie de donner un organe.

M. le président. La parole est à Mme Muguette Jacquaint pour une seconde question.

Mme Muguette Jacquaint. Cette question s'adresse à Mme la secrétaire d'État aux personnes handicapées.

Lors de la première lecture du projet de loi sur le handicap, nous avons, sur tous les bancs, montré que les associations de personnes présentant un handicap, les handicapés eux-mêmes, attendaient beaucoup de ce texte, d'autant que cela a été, et reste, l'une des priorités du Président de la République.

Nous avons d'ailleurs souligné, lors de la discussion, que ce projet de loi, même s'il apportait un début de réponse, restait bien en deçà des besoins des personnes handicapées. Après la première lecture et son nouvel examen au Sénat, le texte doit normalement revenir en deuxième lecture prochainement à l'Assemblée nationale.

J'ai bien entendu, reprise sur tous les bancs, cette demande impérieuse des différentes associations, qui souhaitent que l'AAH soit revalorisée pour donner des moyens d'existence aux personnes handicapées qui n'ont pas la possibilité d'avoir un emploi. J'ai pris acte, madame la secrétaire d'État, des indications que vous avez données sur les efforts à effectuer pour développer une formation permettant justement à ces personnes d'avoir un emploi. Toutefois, vous savez aussi bien que, en raison de leur handicap, certaines personnes pourront difficilement occuper un emploi. Je le dis avec d'autant plus de force que vous réaffirmez le droit à l'emploi. Mais combien de fois, dans cette assemblée, entendons-nous parler du droit au logement, du droit à l'emploi et d'autres, alors que la triste réalité est celle des personnes sans droits ? Le droit au travail pour les personnes handicapées en est, malheureusement, une triste illustration.

Je redouble donc d'insistance pour vous demander, avec les associations, si vous avez la volonté de revaloriser l'AAH et comment vous comptez y parvenir. Si votre réponse était négative, sachez que nous y reviendrions lors de la discussion, en deuxième lecture, du projet de loi sur les personnes handicapées.

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

Mme la secrétaire d'État aux personnes handicapées. Madame Muguette Jacquaint, vous avez abordé plusieurs sujets.

Je formulerai d'abord une remarque sur le projet de loi portant égalité des droits et des chances, participation et citoyenneté des personnes handicapées : j'insiste particulièrement sur l'accès aux soins et la prévention pour les personnes handicapées que prévoit ce texte. En effet la prestation de compensation est une innovation très importante puisqu'elle vise à compenser le handicap lui-même avec les aides humaines et techniques.

Votre question porte sur le revenu et sur les ressources des personnes handicapées. À cet égard vous avez raison d'opérer une distinction entre la situation de celles qui peuvent travailler et dont la loi améliore les ressources en leur facilitant le cumul de l'AAH et d'un revenu de l'activité, et le cas, en effet difficile, de celles qui, en raison de leur handicap, ne peuvent pas travailler. J'ai bien entendu la revendication des associations, qui souhaitent voir relever l'AAH au niveau du SMIC.

À ce propos, j'estime, madame la députée, que créer un lien systématique entre handicap et minimum social n'est pas un bon pronostic pour l'égalité des droits et l'égalité des chances. Dès lors que l'on constate qu'une personne, du fait de son handicap, ne peut accéder à un revenu du travail, nous sommes dans le registre de la compensation du handicap. C'est la raison pour laquelle, dans le cadre de la deuxième lecture devant l'Assemblée, je ferai des propositions dans le sens de la compensation, pour compléter les ressources des personnes handicapées qui ne peuvent pas travailler. Nous sommes en train de construire ce dispositif. Il fallait pour cela faire quelques études d'impact. Nous serons amenés à en débattre. Le Gouvernement a entendu, madame Jacquaint, la demande des personnes handicapées qui ne peuvent pas travailler.

Mme Muguette Jacquaint. Je vous remercie.

M. le président. Nous en venons aux questions du groupe de l'Union pour un mouvement populaire.

La parole est à Mme Martine Aurillac.

Mme Martine Aurillac. Madame la secrétaire d'État aux personnes handicapées, le Gouvernement a souhaité faire progresser le pouvoir d'achat des personnes handicapées et améliorer leurs revenus d'existence pour leur permettre de mener une vie autonome digne et rendre plus incitative leur insertion professionnelle. Actuellement, près de 8 000 personnes bénéficient de l'allocation pour adulte handicapé et 110 000 personnes invalides à 66 % perçoivent une allocation spécifique invalidité en complément de leur pension. L'État consacra, en 2005, près de 5,2 milliards d'euros à ces allocations.

De même, 105 000 places environ sont ouvertes dans les centres d'aide par le travail, offrant ainsi aux adultes handicapés la possibilité d'exercer une activité professionnelle, même si tous – Mme Jacquaint a raison – ne peuvent pas le faire. À partir de 2005, 3 000 places supplémentaires seront créées, ainsi qu'une nouvelle structure : la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie. Le budget consacré au fonctionnement de ces structures s'élèvera à 1,2 milliard d'euros pour 2005.

S'agissant plus précisément des modalités de calcul de l'AAH, la réforme sur les retraites prévoit que cette allocation doit évoluer comme le minimum vieillesse, donc de façon au moins égale à l'évolution prévisionnelle des prix. Pouvez-vous, madame la secrétaire d'État, nous préciser quelles ressources seront prises en compte pour le calcul du montant de l'AAH et dans quelle mesure les modalités du calcul de la condition de ressources peuvent aboutir à un cumul de l'AAH avec d'autres revenus perçus par les personnes concernées ?

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

Mme la secrétaire d'État aux personnes handicapées. Madame Martine Aurillac, vous posez une question somme toute assez technique sur l'AAH.

Le plafond de ressources pour l'AAH est égal au montant du plafond de ressources pour l'allocation aux vieux travailleurs salariés. Ce plafond est doublé pour un couple, et majoré de 50 % par enfant à charge. Le calcul du plafond d'AAH intègre le revenu de la personne et plusieurs abattements – de 10 % et de 20 % –, ce qui conduit à prendre en compte un revenu brut mensuel de 821,75 euros. Tous ces abattements et les modalités même de calcul de l'AAH font qu'elle constitue l'un des minima sociaux les plus avantageux, si j'ose dire.

Par ailleurs, le bénéfice de l'AAH est assorti d'avantages sociaux et fiscaux importants, tels que l'affiliation gratuite à l'assurance-maladie, l'exonération de la taxe d'habitation, de la redevance audiovisuelle, et j'en passe.

Nous sommes donc en mesure d'établir une comparaison entre le SMIC net, lequel constitue une référence à laquelle les associations elles-mêmes nous renvoient, et l'AAH effectivement perçue. La différence entre ces deux montants est relativement réduite : elle oscille entre 50 et 60 euros par mois. Je tiens à apporter ces précisions car je crois que, même si, comme je l'ai fait tout à l'heure en répondant à Mme Jacquaint, nous devons nous pencher avec beaucoup de sérieux sur la situation particulière des personnes qui ne peuvent pas travailler, des personnes en établissement dont

« le reste à vivre » comme on dit – 12 % de l'AAH – est beaucoup trop faible, il faut toutefois repartir des données précises et exactes qui permettent d'apprécier ce qu'est l'AAH aujourd'hui dans notre pays.

Si je me résume, il s'agit d'un minimum social relativement favorable par son mode de calcul, qui, dans l'application qui en est faite aujourd'hui, et compte tenu des avantages fiscaux, est très proche d'un SMIC net, puisque l'écart est d'environ soixante euros par mois.

M. le président. La parole est à M. Robert Lecou.

M. Robert Lecou. Ma question s'adresse à Mme la secrétaire d'État aux personnes handicapées.

« Aide-toi et le ciel t'aidera », voilà une maxime qu'il faut dire et redire, dans nos familles et dans nos écoles. Oui, je crois qu'il faut valoriser l'effort, valeur fondamentale pour l'épanouissement de l'individu et pour l'harmonie d'une société de progrès qui soit aussi une société solidaire.

Pour autant, madame la secrétaire d'État, je suis convaincu, très convaincu qu'il existe une catégorie de citoyens valeureux qui nécessitent une attention particulière, et qui appellent des efforts collectifs se traduisant dans le budget de la nation. Je veux parler de ceux qui doivent vivre avec un handicap. À ceux-là plus qu'à tous autres, nous devons une solidarité qui leur permette de tenir toute leur place, dignement.

Votre responsabilité ministérielle est donc essentielle à mes yeux. Elle est l'honneur de notre société. Aussi, je veux redire ici combien la volonté du Président de la République, celle du Gouvernement, la vôtre méritent d'être encouragées. L'année 1975 a été une date importante, l'année 2005 le sera aussi, avec la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

Cette loi et les avancées qui s'ensuivront marqueront incontestablement notre législature.

Les personnes handicapées ont des besoins spécifiques. Certaines ne peuvent exercer un libre choix de vie, d'autres ne peuvent pas travailler.

Le budget qui leur est consacré pour 2005 doit donc être ambitieux, pour leur faciliter l'accès au droit commun, et pour leur offrir des dispositifs adaptés. C'est fort de cette intime conviction, madame la secrétaire d'État, que je souhaite attirer votre attention et vous interroger sur deux sujets.

Le premier concerne les revenus d'existence : afin d'aider la personne handicapée et pour compenser certains surcoûts auxquels elle est exposée, votre budget prévoit diverses aides, et notamment l'allocation adulte handicapé, que perçoivent 766 500 personnes âgées de 20 à 60 ans au 1^{er} janvier 2004.

Je pense plus particulièrement à la personne handicapée qui ne peut travailler et qui vit à domicile, et qui bénéficie donc de l'AAH à hauteur de 587 euros. Alors que, ces deux dernières années, des efforts sensibles ont été faits pour revaloriser le SMIC, ne doit-on pas faire évoluer l'AAH de manière plus sensible ?

Que prévoit votre budget ? Qu'envisagez-vous pour l'avenir dans le cadre de votre projet de loi ? La nouvelle prestation de compensation permettra-t-elle un niveau de vie décent pour ces personnes qui, souvent, ne peuvent vivre correctement que grâce à leurs familles ?

Le second point concerne l'offre de places dans les instituts spécialisés : l'accueil en maison spécialisée permet aux jeunes handicapés de recevoir une éducation adaptée à leur handicap. C'est donc un outil fondamental pour leur insertion. Or, aujourd'hui, partout en France, et notamment dans mon département de l'Hérault, ces établissements – je pense notamment aux IR et aux IME – et les services médico-sociaux se trouvent confrontés depuis de nombreuses années à des difficultés d'accueil. Par exemple, selon les dernières informations que j'ai pu recueillir, 417 demandes d'admission comptabilisées ne peuvent être satisfaites par les dix-sept établissements que compte l'Hérault.

Pour 2005, votre budget permettra-t-il d'améliorer cette situation ?

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

Mme la secrétaire d'État aux personnes handicapées. Vous m'interrogez d'abord, monsieur le député, sur les revenus d'existence de la personne handicapée et sur l'impact de la prestation de compensation sur ses revenus d'existence. Il est évident que le fait d'apporter une meilleure prise en charge pour tout ce qui concerne l'accompagnement de la personne handicapée en aides humaines, mais également en aides techniques, produira un effet vertueux, si je puis dire, sur la situation de ses ressources.

À l'heure actuelle, de nombreuses personnes handicapées renoncent à l'aide humaine pour préférer le service de l'ACTP, en numéraire, afin de compléter leur revenu d'existence. Et, dans bien des cas, c'est sur leur AAH qu'elles financent la compensation de leur handicap.

La prestation de compensation aura la vertu considérable d'apporter dans le budget de la personne handicapée deux types de ressources, l'une permettant l'existence, la vie, et une autre permettant la prise en charge du handicap, la compensation, afin de permettre la réalisation du projet de vie.

La deuxième partie de votre question porte sur les orientations en établissements médico-sociaux pour enfants et adolescents handicapés, et particulièrement sur le problème criant, douloureux, des enfants pour qui il n'y a pas de solution. Nous sommes obligés de constater que l'on nous objecte l'absence de solution pour nombre de jeunes handicapés.

Je voudrais insister sur deux points. D'abord, monsieur le député, nous devons poursuivre l'effort de création de places. C'est indispensable, pour toute une série de raisons. D'une part, notre pays a pris un retard considérable ces dernières années, il nous faut en être conscients. D'autre part, l'espérance de vie des personnes handicapées augmente, ce dont nous pouvons nous réjouir, mais ce qui doit aussi nous conduire à des considérations différentes quant à nos besoins en établissement.

En second lieu, notre système d'information, et c'est là un point sur lequel nous devons être extrêmement mobilisés, ne nous permet pas, aujourd'hui, d'avoir une vision suffisamment précise de nos besoins. Et l'un des enjeux de la réforme institutionnelle que porte le texte sur l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées sera, en renforçant l'organisation institutionnelle, la mise au point d'un système d'information pertinent, qui permette véritablement une programmation de ces places en établissement.

Enfin, dans la réforme institutionnelle, l'échelon inter-régional sera renforcé. Nous aurons l'occasion d'en débattre. Les sénateurs ont adopté cette idée. Il s'agit de se donner la possibilité d'une véritable programmation territoriale, afin que des réponses soient apportées au plus près des besoins des familles pour les enfants dont les cas sont aujourd'hui sans solution. C'est un véritable aménagement de notre territoire qu'il faut pouvoir mettre en œuvre de ce point de vue.

Vous avez également attiré mon attention sur le cas particulier du département de l'Hérault, le vôtre, monsieur le député. Sur ce point, je me permets de vous rappeler quelques données : quatre-vingt-quinze places nouvelles, toutes installées aujourd'hui ; pour l'autisme, dix places au sein de l'IME de Montpellier ; pour les traumatisés crâniens, trente-neuf places au sein du FAM de Montpellier ; pour le poly-handicap, six places au sein de l'IME de Prades-le-Lez et sept places au sein de celui de Lunel ; trente-trois places nouvelles en SESSAD. Un programme qui est déjà important, donc, et qui va se poursuivre dans le cadre du programme pluriannuel 2005-2007, puisque, vous le savez, celui-ci prévoit au bout du compte la création de 40 000 places au niveau national. Je rappelle ce chiffre : nous créons 100 places par semaine en établissement.

Voilà quelques éléments de réponse, monsieur le député, à la question effectivement très importante que vous avez posée.

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

Mme Juliana Rimane. Ma question s'adresse à M. le ministre de la santé.

Un vaccin contre le paludisme, dont les premiers essais se sont révélés concluants, a suscité dans le monde entier un immense espoir.

En effet, cette maladie parasitaire tropicale, la plus répandue dans le monde, affecte plus d'un milliard d'individus à travers le globe et tue environ deux millions d'enfants par an. Or la Guyane reste le seul département d'outre-mer où elle sévit encore. Avec un nombre important de personnes infectées chaque année, le paludisme est un problème de santé publique. Sa transmission n'est pas homogène, elle varie en fonction des zones, des paramètres climatiques et des saisons.

Très importants le long des fleuves frontaliers – le Maroni, frontière avec le Surinam, et l'Oyapock, frontière avec le Brésil –, les risques de transmission ont quasiment disparu sur le littoral. Heureusement, la couverture sanitaire mise en place dans le département contribue à limiter fortement les conséquences graves de cette maladie. Le nombre de cas compliqués nécessitant une prise en charge en réanimation ne dépasse pas vingt par an et le nombre de décès est inférieur à cinq. Cependant, aussi incroyable que cela puisse paraître, les médicaments antipaludéens prescrits dans le cadre de la médecine libérale ne sont toujours pas remboursés, alors que cette demande est faite depuis plus de vingt ans.

Aussi, en attendant que le vaccin soit véritablement opérationnel, je vous demande, monsieur le ministre, si enfin les Guyanais, et notamment les plus défavorisés, vont pouvoir, sans plus attendre, bénéficier du remboursement des médicaments antipaludéens. Par ailleurs, quelles actions ont été mises en place pour renforcer la coopération régionale entre la Guyane et les pays voisins, notamment le Brésil et le Surinam, afin de lutter efficacement contre cette maladie endémique dans toute cette partie du monde ?

Comme vous le savez, monsieur le ministre, le centre hospitalier de Cayenne joue un rôle majeur dans le traitement du paludisme, mais il connaît depuis de nombreuses années de graves dysfonctionnements et des difficultés budgétaires très importantes. Des mesures doivent être prises pour répondre à ces problèmes. Je souhaiterais savoir quelles en sont les modalités et quel en est le calendrier.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Vous posez là un problème majeur, madame la députée. Je tiens à vous dire que nous avons demandé à Frédéric Van Rookeghem, directeur de la Caisse nationale d'assurance-maladie des travailleurs salariés, et, je l'espère, futur directeur de l'Union nationale des caisses d'assurance-maladie, de prendre en compte le problème des antipaludéens en Guyane, qui me paraît être un problème de santé publique absolument majeur. Vous avez raison, madame la députée, en attendant le vaccin, il n'y a aucune raison que les Guyanais n'aient pas accès à ces médicaments remboursés.

Concernant la coopération régionale, oui, je me suis déplacé récemment, à la demande du Président de la République, au Brésil, où j'ai rencontré le président Lula, avec qui je me suis entretenu de tous les problèmes liés aux génériques, concernant non seulement la leishmaniose, la malaria, mais aussi le paludisme et le sida.

S'agissant du centre hospitalier de Cayenne, c'est vrai qu'il y a des difficultés budgétaires importantes depuis deux ans. Face à cette situation, nous avons envoyé une mission d'aide, qui a procédé à une analyse approfondie de la situation. Elle propose, d'une part, des mesures correctrices immédiates, sous la forme d'un emprunt de trésorerie de 18,6 millions d'euros, qui permettra de payer des fournisseurs et d'assurer la continuité du fonctionnement de l'établissement. Elle propose, d'autre part, madame la députée, de demander à l'établissement de bâtir un plan de retour à l'équilibre durable, au vu duquel une aide pérenne sera versée. Je suis complètement d'accord pour aider le centre hospitalier de Cayenne, il faut qu'il s'aide aussi.

En ce qui concerne la décentralisation des centres locaux d'information et de coordination, le montant du transfert financier inscrit dans le projet de loi de finances pour 2005 résulte d'une application stricte, mais totalement conforme aux dispositions de la loi relative aux libertés et aux responsabilités locales.

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

La parole est à Mme Danièle Hoffman-Rispal.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Je pose cette question au nom de M. François Dosé.

Considérant les besoins recensés et leur évolution, considérant les attentes des familles concernées et celles de notre société, considérant l'engagement du Président de la République et celui du Gouvernement tendant à mettre en œuvre un effort significatif en faveur des personnes handicapées, notamment des personnes désorientées – maladie d'Alzheimer ou troubles apparentés –, je souhaite que vous précisiez, monsieur le ministre, la réalité de vos possibilités financières dans ce domaine.

En effet, les responsables territoriaux initiateurs de projets d'unité au service de personnes âgées désorientées sont, excusez le mot, désorientés en prenant acte des avis formulés

actuellement par les services déconcentrés de l'État dans les comités régionaux de l'organisation sociale et médico-sociale.

Ainsi, par exemple, le CROSMS de Lorraine examina, le 12 octobre, une dizaine de dossiers concernant cette problématique émanant de différents départements lorrains, présentés par diverses structures hospitalières, médico-sociales ou associatives, et appuyés par des conseils généraux aux majorités politiques différentes. Ce jour-là, tous les dossiers furent jugés pertinents, ici dans le domaine architectural, là dans leurs projets de vie, mais encore dans le montage financier.

Or, ce jour, aucun responsable ne peut commencer leur mise en œuvre, car aucun préfet ne dispose des moyens financiers permettant d'engager leur signature dans la nécessaire convention tripartite validant la répartition des contributions dans leur futur fonctionnement. Pas de signature, pas d'appel d'offres, donc des retards pour les travaux, mais surtout des reports d'ouverture pour des institutions tant attendues, faute de places.

Monsieur le ministre, madame la secrétaire d'État, ce budget débloque-t-il ces situations ? Pouvez-vous nous dire combien d'opérations 2004 devront s'adosser aux crédits 2005 ?

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Madame la députée, je ne vais pas revenir sur ce que j'ai dit de manière détaillée sur le financement. Nous avons deux types d'actions.

Nous avons d'abord une action concernant la mise aux normes des maisons de retraite. Les maisons de retraite sont aujourd'hui soit trop, soit pas assez médicalisées. Une mise aux normes est nécessaire. J'ai indiqué tout à l'heure la somme, je n'ai pas le chiffre présent à l'esprit. Je vous la confirmerai par écrit.

D'autre part, le plan consacré aux personnes âgées comprend un plan tout à fait spécifique concernant l'assurance-maladie et l'action des démences séniles. Il touche en particulier la maladie d'Alzheimer. Il y a une partie assurance-maladie et une autre partie, qu'il faudra d'ailleurs prendre en compte, de plus en plus, concernant le maintien à domicile.

Je reste persuadé que ce sera, demain, une des grandes politiques conduites en faveur des personnes âgées. Je prépare actuellement avec Mme Vautrin et avec M. Borloo un plan prévoyant la création de dizaines de milliers d'emplois de service pour permettre le maintien des personnes âgées à domicile. Un court séjour en établissement coûte environ 1 000 euros par jour. Une telle somme, même divisée par deux, serait suffisante pour atteindre notre objectif.

Quant aux précisions que vous m'avez demandées, je m'engage à vous les apporter par écrit.

M. le président. La parole est à Mme Danièle Hoffman-Rispal.

Mme Danièle Hoffman-Rispal. Je remercie M. le ministre et Mme Vautrin de m'avoir enfin répondu sur le problème des investissements et du prix de journée dans les maisons de retraite. Je suis à leur disposition pour que nous y travaillions ensemble.

J'ajouterai une réflexion sur la formation des personnels. Elle était prévue dans le fonds de modernisation de l'aide à domicile, mais les crédits ont été affectés souvent trop tardi-

vement dans beaucoup de départements et n'ont pas permis d'être utilisés à temps pour assurer ces formations indispensables.

Lors de la discussion de cet après-midi, monsieur le ministre, le groupe socialiste vous a interrogé à deux reprises sur l'aide médicale d'État. Dans leurs interventions, Gérard Bapt et Jean-Marie Le Guen se sont, à juste titre, inquiétés du contenu des décrets en attente de parution qui doivent fixer le montant du ticket modérateur pour les bénéficiaires de l'AME instaurée par la loi de finances rectificative de 2002. Devant la commission des finances, le 26 octobre dernier, il a été indiqué que les décrets étaient prêts et qu'ils prévoyaient un forfait hospitalier de 10 euros par jour et un ticket modérateur de 10 % du montant des soins de ville. Ces mesures suscitent l'hostilité des associations de solidarité, car elles instaurent un véritable ticket d'exclusion pour des personnes dont les ressources sont très faibles et rendront impossible, dans les faits, leur accès aux soins. Elles vont, de plus, à l'encontre d'une politique de prévention et de santé publique que vous dites promouvoir, car elles maintiennent ces personnes dans une situation de clandestinité sanitaire. Si vous ne souhaitez pas nous répondre, vous ne pourrez, monsieur le ministre, ignorer les associations telles que l'UNIOPSS et Médecins du Monde, qui s'inquiètent fortement de l'entrée en application de ces décrets, de leurs graves conséquences sur la santé des populations concernées et des risques sanitaires pour l'ensemble de la population en France.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Concernant l'AME, notre pays a une tradition d'accueil. En aucun cas, je ne permettrai que la santé devienne un facteur d'exclusion. Personne, en France, madame la députée, ne saurait accepter qu'un malade ne soit pas soigné. À ce titre, j'ai adressé une circulaire très spécifique aux hôpitaux leur permettant d'accueillir, dans l'urgence, toute personne malade. On me dit souvent que l'AME coûte cher. Certes, mais il ne faut pas compter sur les médecins français pour refuser un malade quel qu'il soit, même s'il n'a pas de papiers. En revanche, nous devons conduire une véritable politique de l'immigration, mais c'est un autre sujet.

M. Richard Mallié. Très bien !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Nous ne serons d'ailleurs pas d'accord sur ce point.

En tout état de cause, nous devons traiter toute personne. Il n'y a pas, d'un côté, les bons républicains qui soignent et, de l'autre, les affreux, les sans-cœur, qui s'y refusent. Nous traitons les personnes malades ou en situation de détresse dans les hôpitaux et centres d'accueil français !

M. le président. Nous marquons une pause dans nos travaux que nous reprendrons dans quelques instants.

Suspension et reprise de la séance

M. le président. La séance est suspendue.

(La séance, suspendue à vingt-trois heures trente-cinq, est reprise à vingt-trois heures quarante-cinq.)

M. le président. La séance est reprise.

Nous en venons aux questions du groupe Union pour la démocratie française.

La parole est à M. Jean-Luc Prével.

M. Jean-Luc Prével. Monsieur le ministre, je pose cette question au nom de Rudy Salles, inquiet pour l'hôpital de Nice, mais elle concerne en fait l'ensemble des établissements hospitaliers.

Nombre d'entre eux connaissent des difficultés budgétaires et ont recours à ce que l'on appelle des « reports de charge », lesquelles peuvent atteindre 4 à 5 % de leur budget. Les hôpitaux se doivent de soigner les patients qui, en toute confiance, s'adressent à eux : la sélection des patients et le refus de certains traitements coûteux sont inacceptables. Sans doute les hôpitaux doivent-ils améliorer leur gestion pour l'optimiser, mais ils doivent également disposer des moyens nécessaires pour remplir leurs missions.

La tarification à l'activité est attendue avec impatience par les établissements dont l'activité augmente. Sa mise en œuvre nécessite cependant de partir sur des bases saines.

Au printemps, vous avez annoncé, monsieur le ministre, que vous souhaitiez remettre les compteurs à zéro et vous avez débloqué une enveloppe de 300 millions d'euros. Cette enveloppe, bienvenue, a cependant deux défauts : elle est insuffisante car elle est calculée sur la base de 2002, quand la Fédération hospitalière de France a estimé, à partir des budgets réels, que 776 millions d'euros auraient été nécessaires ; n'étant pas introduite dans les bases, elle est non reconductible et, de ce fait, les problèmes budgétaires demeureront en 2005.

Pour l'an prochain, vous avez prévu, au niveau national, une augmentation de 3,6 % des dotations budgétaires, jugée insuffisante pour la simple reconduction des moyens de nombreux établissements.

Monsieur le ministre, allez-vous effectivement remettre les compteurs à zéro pour que la mise en œuvre de la TAA soit satisfaisante ? Pensez-vous que le taux de 3,6 % pour 2005 permettra aux établissements d'assurer aux malades un accueil et des soins de qualité ?

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je commencerai par répondre à M. Prével que la tarification à l'activité est une nécessité et qu'il est très bon de prendre cette direction. En effet, rien n'est plus aberrant qu'un budget global accordé à un établissement public hospitalier quelle que soit son activité médicale. La part de la TAA était de 10 % ; nous voulons qu'elle atteigne 20 à 30 %.

Nous allons développer des missions d'intérêt général car il est vrai que toutes les tâches de l'hôpital public ne sont pas hyper-technologiques : au moment où je parle, dans le même hôpital, on pose une valve mitrale très sophistiquée et on soigne un SDF aux urgences ; en termes de tarification à l'activité, ce n'est évidemment pas pareil.

J'en viens au CHU de Nice : les difficultés budgétaires qu'ils connaissent ont fait l'objet d'une attention particulière de la part de l'ARH de la région PACA.

Celle-ci a d'abord décidé, au regard des efforts entrepris par le CHU de Nice pour optimiser ses ressources et afin de ne pas pénaliser les importantes opérations de réorganisation interne menées actuellement, en particulier la rénovation de l'hôpital Pasteur, d'attribuer à l'établissement une enveloppe de 2,8 millions d'euros. À ce titre, un projet de contrat de retour à l'équilibre est en cours de discussion avec l'établissement – comme en Guyane, avec celui de Cayenne.

Pour ce qui a trait aux crédits pérennes, l'établissement bénéficiera d'une somme de 500 000 euros qu'il pourra consacrer au fonctionnement du Petscan, innovation thérapeutique majeure mais très coûteuse.

Ces crédits supplémentaires s'inscrivent de fait dans une dynamique favorable pour le CHU de Nice.

Je me permettrai de dire, pour terminer, que des engagements contractuels ont été pris par l'agence, un contrat d'objectifs et de moyens de 11 millions d'euros ayant été signé en 2003.

Enfin, le volet investissement du plan Hôpital 2007 connaît une accélération : 1,5 million d'euros reconductibles sont venus renforcer les 9 millions d'euros pérennes accordés sur la période 2003-2007.

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

M. Jean-Luc Prével. Je pose cette question, qui concerne la création du salaire parental, au nom de Michel Hunault.

C'est au sein de la famille, cellule de base de la société, que l'enfant construit sa personnalité. L'amour, l'affection des parents et de l'entourage familial concourent à l'épanouissement de la personnalité de l'enfant. L'année 2004 a été proclamée « année internationale de la famille ». On ne soulignera jamais assez le rôle prépondérant des parents dans l'éducation des enfants.

Depuis plusieurs décennies, des aides spécifiques ont reconnu la fonction essentielle de la famille en venant en aide aux parents pour l'éducation des enfants. En outre, des incitations fiscales permettent aux parents faisant appel à une tierce personne de déduire partiellement ces charges de leurs revenus imposables. Toutefois, ces mesures ne bénéficient pas aux revenus modestes, non imposables et n'ayant pas la possibilité de faire appel à une tierce personne.

Les conférences de la famille ont abouti à la création de la prestation d'accueil du jeune enfant, comprenant une prime à la naissance ou à l'adoption de 808 euros, une allocation de base mensuelle de 161 euros par famille et un complément de libre choix d'activité d'un montant mensuel de 339 euros pour les personnes cessant leur activité. Les personnes isolées bénéficient quant à elles d'une allocation de parent isolée d'un montant mensuel de 530 euros. L'allocation de présence parentale s'élève, pour un couple, à 827 euros à taux plein et, pour une personne seule, à 982 euros.

Michel Hunault a proposé, en avril 2004, la création d'un salaire parental ayant pour référence le SMIC et se substituant à ces diverses prestations. Cela constituerait une aide précieuse pour les femmes jeunes ayant élevé un ou plusieurs enfants et pour les parents qui, pour des raisons diverses – maladie ou handicap –, doivent assurer une présence accrue auprès d'un enfant.

L'État est-il prêt à favoriser la création de ce salaire parental en apportant son concours financier ?

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

Mme la ministre de la famille et de l'enfance. Monsieur le député, vous le savez, le Gouvernement a engagé, en 2003, une large concertation, tant avec les associations qu'avec les partenaires sociaux, au sujet de la réforme des aides aux familles comprenant de jeunes enfants. Cette concertation, c'est vrai, ne nous a pas conduits à créer un salaire parental *stricto sensu* ; elle a plutôt fait émerger l'idée d'une prestation

favorisant le libre choix des parents. Ceux-ci font effet des choix, qu'il n'appartient pas à l'État de contester mais au contraire d'accompagner, dans l'intérêt même des enfants.

La PAJE, vous l'avez souligné, a d'ailleurs été une traduction de cette approche : elle s'adresse à toutes les familles, sans exclusive, que les parents décident, pour se consacrer à l'éducation de leurs jeunes enfants, de cesser toute activité professionnelle – ce qui concerne rarement les deux parents à la fois – ou de conserver, pour des raisons qui leur sont propres, une activité professionnelle partielle.

Vous avez également évoqué, monsieur le député, la situation dramatique de ces familles dans lesquelles un enfant est gravement malade, qu'il soit victime d'un cancer, d'une leucémie ou d'un grave handicap, causé ou non par un accident.

Je voudrais vous dire, à ce sujet, que j'ai réuni, le 26 octobre dernier, c'est-à-dire très récemment, le comité de suivi de l'allocation de présence parentale. Nous avons d'ores et déjà pu, avec les associations concernées, établir un diagnostic. Les formules du congé de présence familiale et de l'APP devraient être plus souples. Quatre mois reconductibles deux fois représentent certes une année, mais le dispositif est dépourvu de souplesse : c'est quatre mois ou rien. Or certains enfants – M. le ministre doit le savoir – restent par exemple une semaine ou quinze jours à l'hôpital pour subir une chimiothérapie, la présence des parents étant nécessaire, après quoi ils peuvent revenir à la maison et être alors pris en charge par une grand-mère ou d'autres membres de la famille pendant un laps de temps. Et l'indemnisation pose également problème.

Nous allons donc assouplir les modalités de ces congés, et notamment les démarches à accomplir pour les obtenir, afin que les parents puissent assurer une réelle présence auprès de leurs enfants. Et nous allons faire évoluer l'indemnisation pour qu'elle soit réelle, en fonction des salaires des parents et quels que soient leurs salaires.

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

M. Jean-Luc Prével. Cette question, que je pose au nom de François Rochebloine, concerne la santé buccodentaire.

Nous savons, monsieur le ministre, que la santé buccodentaire des Français est globalement en voie d'amélioration. Toutefois, si une majorité d'entre eux sait ce qu'il faut faire pour conserver ou retrouver un bon état de santé buccodentaire, nombreux sont ceux qui ne passent pas à l'acte, et cela se vérifie particulièrement chez les jeunes.

Cet état de fait est confirmé par l'étude que l'Association buccodentaire française a menée sur un échantillon représentatif de Français : 61 % des Français seulement se sont rendus chez leur chirurgien-dentiste dans l'année qui précède, dont 36 % uniquement pour une visite de prévention, et un Français sur deux seulement considère qu'un enfant doit aller chez le dentiste tous les ans.

Toutes les mesures prises – CMU, examen de prévention, bilan buccodentaire – n'ont donc pas eu les effets escomptés. À titre d'exemple, moins de 16 % des adolescents ont profité du bilan buccodentaire gratuit.

On peut observer que le caractère obligatoire d'un examen ne va pas forcément dans le sens de la promotion de la santé. Seules des actions qui permettent au chirurgien-dentiste d'aller au contact des populations motivent le public à consulter effectivement ; l'Union française pour la santé bucco-dentaire l'a prouvé au travers des actions

qu'elle a menées en direction des adolescents ou des enfants fréquentant des établissements classés en zone d'éducation prioritaire.

D'autre part, il est établi que l'état buccodentaire de toute une frange de la population est mauvais du fait de sa situation sociale : personnes en situation de précarité, personnes handicapées, personnes âgées dépendantes.

Aussi, monsieur le ministre, je crois nécessaire de vous interroger sur les deux points suivants.

Premièrement, des dispositions du code de la santé publique instaurent un examen buccodentaire de prévention obligatoire et gratuit au bénéfice de tous les enfants dans l'année qui suit leur sixième anniversaire. Quels dispositifs d'accompagnement le Gouvernement compte-t-il mettre en place pour assurer le succès de cette mesure de santé publique ?

Deuxièmement, quelles mesures le Gouvernement entend-il prendre pour faire cesser la situation d'injustice sociale dans l'accès au cabinet dentaire dont sont frappées les personnes en situation précaire ou difficile ?

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. La prévention, les soins conservateurs et la maintenance sont les trois directives données aux odontologistes. Toutes les trois ont un dénominateur commun : l'hygiène buccodentaire.

Je vais lancer, en janvier 2005, une étude épidémiologique dont les résultats sont attendus pour juin : 4 000 dentistes seront saisis au sujet des maladies des gencives, tout simplement pour apprécier les besoins en soins et assurer une meilleure prévention.

Notre collaboration avec l'Union française pour la santé bucco-dentaire, l'Association dentaire française ainsi que l'ordre et les syndicats dentaires va dans ce sens.

S'agissant des personnes âgées, mon objectif, avec Mme Vautrin, consiste à développer les conventions entre les maisons de retraite et les praticiens de proximité afin, en particulier, d'améliorer l'information sur l'hygiène.

En outre, l'examen de prévention pour les cohortes de six à douze ans, dont vous avez parlé, monsieur Prél, et de treize à seize ans est désormais remboursé, j'y ai tenu.

La collaboration avec l'UFSBD a d'ores et déjà permis de faire baisser de 37 % le nombre de caries chez les jeunes grâce à l'hygiène, enseignée à l'école par des praticiens volontaires.

Le problème que vous avez souligné est majeur : de nos jours, c'est plutôt dans les catégories sociales les moins aisées que l'on trouve les sujets malades. C'est pourquoi il ne faut pas relâcher notre effort dans ce combat.

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

La parole est à M. Patrick Beaudouin.

M. Patrick Beaudouin. Ma question s'adresse à Mme la secrétaire d'État aux personnes handicapées.

À partir de 1997 et jusqu'en 1999, il a été créé, à titre expérimental, des sites pour la vie autonome des handicapés. Ces sites ont été progressivement généralisés à la plupart des départements de France. La mesure est devenue effec-

tive en 2003 et les crédits pour son financement, inscrits au chapitre 46-35, article 20, de votre budget, madame la secrétaire d'État, ont été majorés à cet effet.

Le projet de loi pour la participation et la citoyenneté des personnes handicapées, qui est en cours de discussion, prévoit l'ouverture de maisons départementales des personnes handicapées. Il est vraisemblable que ces maisons se substitueront progressivement aux sites pour la vie autonome. Nous sommes donc à un tournant dans la politique d'accueil des personnes handicapées.

Si je suis naturellement favorable à cette évolution, j'y suis d'autant plus attentif qu'un des premiers sites, si ce n'est le premier, a été créé à l'institut Val Mandé, dans ma ville.

Je souhaiterais que vous nous indiquiez, madame la secrétaire d'État, quel bilan vous tirez de l'action menée au travers de ces sites, comment évoluera l'accueil à partir de 2005 et quelles conséquences financières en résulteront.

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

Mme la secrétaire d'État aux personnes handicapées. Monsieur le député, comme vous l'indiquez fort justement, les sites pour la vie autonome, les SVA, ont été généralisés pour atteindre le nombre de cent à compter de 2003. Les moyens qui leur sont affectés, en 2004, se sont élevés à un montant total de 28 millions d'euros environ.

Une étude, réalisée en 2003 par le centre technique national d'étude et de recherche sur les handicaps et les inadaptations, a permis d'établir un rapport sur les 43 premiers sites pour la vie autonome qui a été remis à la direction générale de l'action sociale au mois de janvier 2004. Cette évaluation montre que ces sites ont permis une très forte mobilisation des partenaires et souligne la satisfaction des usagers, comme dans votre bel institut du Val Mandé à Saint-Mandé.

Dans tous les départements, la direction départementale des affaires sanitaires et sociales a mobilisé, je le disais, de nombreux partenaires institutionnels et associatifs pour mettre en place le dispositif. L'étude montre que les usagers apprécient l'accueil qui leur y est réservé et les réponses qui leur sont apportées. Le bilan que je tire, par conséquent, de la mise en place des SVA est très positif.

Cela dit, les SVA fonctionnent à côté de ces autres instances que sont les CDES et les COTOREP et la simplification de l'accueil appelle une meilleure intégration des structures. En outre, le déploiement et l'envergure des SVA sont très inégaux d'un département à l'autre. L'égalité de traitement des usagers impose une couverture plus homogène du territoire. D'où mon souhait de consolider cette démarche dans le cadre juridique rénové qu'offre la loi pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées. Ce sera le cas avec la maison départementale pour les personnes handicapées, qui aura vocation à poursuivre cette approche partenariale au service des usagers.

Dans la période transitoire, dès le début 2005, et dans l'attente de la montée en charge des maisons départementales, l'action des SVA sera poursuivie et encouragée. Par la suite, les crédits qui sont inscrits au budget de l'État pour les SVA viendront tout naturellement soutenir l'action des maisons départementales.

M. le président. La parole est à M. Jacques Le Guen.

M. Jacques Le Guen. Ma question porte sur la réforme de la tarification des établissements d'hébergement pour personnes âgées et, plus précisément, sur les moyens supplémentaires attribués au titre de l'assurance-maladie dans le cadre de la conclusion des conventions tripartites.

La loi prévoit que ces conventions entre les établissements, les départements et l'État doivent être signées pour le 31 décembre 2005 en ce qui concerne les maisons de retraite et les unités de soins de longue durée, et un an plus tard pour les foyers-logements.

Si depuis le second semestre 2002, le rythme des signatures s'est fortement accéléré, témoignant de la volonté du Gouvernement de développer une politique active de solidarité à l'égard de nos aînés, des inquiétudes sur le niveau des moyens accordés aux établissements se font jour.

Pour atteindre les objectifs fixés en matière de soins, ce qui passe le plus souvent par un accroissement sensible des moyens humains, il conviendrait que la dotation minimale de convergence, dite DOMINIC, soit majorée de 50 à 60 %. Or le seuil de majoration que proposerait l'État ne serait aujourd'hui que de 35 %. Tels sont du moins les éléments portés à ma connaissance.

Vous serait-il possible de nous éclairer sur ce sujet ? Le cas échéant, l'État est-il prêt à faire un effort supplémentaire pour que, par ces conventions tripartites, la médicalisation des établissements se poursuive dans des conditions et à un rythme satisfaisants, et permette une prise en charge des personnes âgées dépendantes qui soit adaptée et de qualité.

M. le président. La parole est à Mme la secrétaire d'État à l'intégration et à l'égalité des chances.

Mme la secrétaire d'État à l'intégration et à l'égalité des chances. Effectivement, monsieur le député, la dotation de convergence, DOMINIC, est, en principe, plafonnée à 35 %. Sa formule de calcul prend en compte le degré de dépendance des résidents, auquel s'ajoute un coefficient de soins techniques, qui peut d'ailleurs être plus élevé si le profil des résidents requiert des soins importants. Cela se traduit évidemment par des dotations très différentes selon les établissements.

Vous faites allusion à une éventuelle flexibilité : elle est déjà appliquée en 2004 puisque, pour tenir compte du nombre de résidents atteints de nouvelles pathologies, je pense notamment à la maladie d'Alzheimer, la formule a été modifiée, ce qui aboutit parfois à des taux de 56 %. C'est bien entendu la fameuse caisse nationale qui permettra le financement de ces dotations supplémentaires à hauteur de 80 millions d'euros. Mais il existe des exceptions qui bénéficient à de très nombreux établissements et qui permettent le maintien des ressources d'assurance-maladie, lorsqu'elles étaient supérieures à ce que donne l'application de la nouvelle règle. Il en est de même lorsque les dépenses de soins étaient antérieurement prises en charge par le tarif hébergement.

C'est donc, vous le voyez, une règle souple, adaptée à la situation spécifique des établissements en fonction du profil de leurs résidents. Les nouvelles dispositions adoptées en 2004 pour le plan Alzheimer montrent, si besoin en était, la volonté du Gouvernement d'assouplir les règles lorsque cela est nécessaire.

M. le président. La parole est à M. Philippe-Armand Martin.

M. Philippe-Armand Martin. Je souhaite appeler l'attention sur la situation des hôpitaux publics et sur la précarité qui menace certaines personnes âgées et handicapées.

Je me félicite du montant des crédits consacrés aux dépenses de santé publique – 8,63 milliards d'euros – mais, plus encore, je loue le ministère de la santé de s'être engagé résolument à passer d'une culture de moyens à une culture de résultats, avec le souci permanent de mieux dépenser les crédits de santé.

Le plan Hôpital 2007 se met en place avec les moyens financiers qui y sont attachés. Certains établissements publics n'en connaissent pas moins des difficultés financières, auxquelles s'ajoute un manque de personnel.

Dans ce contexte, j'en appelle à votre vigilance, monsieur le ministre. Les hôpitaux français – et, plus largement, notre système de santé – jouissent d'une bonne réputation auprès des usagers. Nous avons le devoir de préserver la qualité qui leur est reconnue.

La qualité des soins n'est pas, à ce jour, remise en cause mais j'insisterai sur la situation de certains hôpitaux, dont celui de ma circonscription, l'hôpital d'Épernay : difficultés budgétaires et manque de personnel, problème accru par l'arrivée à leur terme de certains contrats aidés. Il me semble donc impératif que ces derniers puissent être pérennisés sous une autre forme juridique. La non-reconduction de ces personnels aurait des conséquences non négligeables sur la qualité des soins prodigués, car ils y contribuaient dans une large mesure en consacrant du temps aux patients, dans cette période difficile pour eux.

Nous ne pouvons non plus ignorer la situation de ces personnels qui, après avoir travaillé pendant plusieurs années, se retrouveraient laissés pour compte.

Si nous devons cette situation au précédent gouvernement socialiste, il m'apparaît que le gouvernement actuel se doit, dans l'intérêt tant de notre système de santé que de ces personnels, de les maintenir dans les postes qu'ils occupent dans les hôpitaux publics.

Je vous demande donc, monsieur le ministre, de bien vouloir m'indiquer les mesures que vous entendez prendre afin de maintenir la qualité des soins dispensés dans les hôpitaux publics. Quel sera le devenir des contrats aidés ?

Par ailleurs, nous devons consacrer d'importants moyens aux personnes âgées et aux personnes handicapées, pour qui le quotidien est particulièrement difficile. De plus, les personnes handicapées sont très fréquemment privées de la possibilité de travailler et ne disposent, de ce fait, que de revenus issus de dispositifs d'aides dont le montant est trop peu élevé.

Quels moyens le Gouvernement entend-il consacrer, dans le cadre du budget 2005, aux personnes âgées ou handicapées afin qu'elles disposent de revenus décents leur permettant de faire face à leurs dépenses quotidiennes ?

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Merci, monsieur Martin, pour vos remarques.

En ce qui concerne l'hôpital d'Épernay, il rencontre, en effet, des difficultés, mais point trop. Au terme des premières évaluations, on estime son déficit à un million d'euros.

M. Richard Mallié. Une paille !

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Une réunion s'est tenue à ce sujet à l'ARH, en octobre. Il a été demandé à l'établissement de réaliser les ajustements nécessaires au retour à l'équilibre de gestion.

Je sais, en outre, que l'annonce de la suppression des contrats CES et CEC et leur remplacement par un dispositif qui était en cours de finalisation a accentué le malaise créé par les difficultés budgétaires.

L'activité de l'établissement, au premier semestre 2004, était en hausse de 5,9 %. Cette évolution devrait se traduire par une augmentation de son financement grâce à la tarification à l'activité. C'est l'exemple même du bénéfice qu'apporte cette tarification.

Deux éléments vont concourir à l'amélioration de la situation de votre centre hospitalier : outre l'augmentation de l'activité de l'établissement, qui a un impact positif sur la T2A, le regroupement des activités du centre hospitalier avec celles de la clinique Saint-Vincent, prévu dans le cadre du plan Hôpital 2007.

Vous souhaitez que les crédits du ministère de la santé soient, dans une large mesure, consacrés aux personnes âgées et aux personnes handicapées. C'est le cas puisque ceux qui leur sont destinés représentent près de 74 % de mon budget.

Quant à la situation des personnes handicapées, le Gouvernement veut favoriser leur intégration professionnelle. Mme Montchamp s'est exprimée, tout à l'heure, en ce sens.

M. le président. La parole est à M. Jean-Pierre Decool.

M. Jean-Pierre Decool. Ma question s'adresse à M. le ministre de la santé et de la protection sociale.

Nous sommes tous conscients de la situation préoccupante de l'assurance-maladie. Vous avez engagé, monsieur le ministre, une réforme structurelle dont l'objectif est de soigner mieux en dépensant mieux. Mais la réussite de cette réforme dépend de la modification du comportement de tous. Or, on assiste à certaines dérives, en particulier le remboursement de quelques médicaments représentant des dépenses inutiles pour la sécurité sociale. Je vais vous en donner un exemple.

Dans le cadre de la politique de déremboursement engagée par votre prédécesseur, certains médicaments au service médical rendu insuffisant ont été écartés de toute prise en charge par l'assurance-maladie. C'est le cas du tulle gras, qui contenait du baume du Pérou, dont les vertus thérapeutiques ont été considérées comme minimales par la commission de la transparence. Le laboratoire qui le commercialisait a donc modifié sa composition et obtenu le statut de dispositif médical, c'est-à-dire son classement comme générique, donc pris en charge.

Cependant, alors que le tulle gras, médicament au SMR insuffisant et de ce fait non remboursé, ne coûtait que 3,50 euros, le tulle gras générique, remboursé à 65 %, coûte désormais 30,50 euros, soit près de neuf fois plus. Vous comprendrez que les patients, à qui l'on demande de faire des efforts, s'interrogent !

En précisant que cet exemple n'est pas destiné à minimiser la réforme que vous avez entreprise, monsieur le ministre, je vous serais reconnaissant de me préciser ce que vous entendez faire à propos de ce cas particulier.

Plus généralement, je pense que la politique du médicament manque de lisibilité. Certes, le Gouvernement a lancé une campagne de promotion du générique, mais certaines décisions sont mal comprises : remboursement, déremboursement, conditionnement des médicaments. Ne faut-il pas envisager une information plus concrète à destination de tous les assurés ?

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Ces produits, que l'on appelle des produits frontière, sont considérés comme des médicaments. Destinés aux brûlures superficielles, le tulle gras est une spécialité pharmaceutique consistant en un mélange de vaseline et de baume du Pérou. Il a été réévalué en 1999 par la commission de transparence. Cet organisme scientifique, qui examine, grâce aux preuves cliniques, le service médical rendu aux patients, a conclu que, s'agissant du baume du Pérou, il était insuffisant.

Cette substance a en effet été identifiée comme allergisante. À ce titre, le tulle gras devait figurer dans la seconde vague de déremboursement, mais il n'en a rien été, car le laboratoire belge Solvay a arrêté la commercialisation de ce produit.

En 2004, le chiffre d'affaires hors taxes a été de 2,4 millions d'euros, soit 2 millions de remboursement pour l'assurance-maladie. Il n'y a donc eu aucun déremboursement pour ce médicament, mais une décision unilatérale d'un laboratoire pharmaceutique.

Le laboratoire a nettoyé la formule en supprimant le baume du Pérou. Puis, il a obtenu le marquage CE, qui est l'équivalent de la procédure d'autorisation de mise sur le marché pour les dispositifs médicaux au niveau européen.

Cette autorisation de mise sur le marché a permis au laboratoire de voir son produit remboursé au titre des produits correspondant à la définition technique de « pansement vaseliné ». C'est dans ce cadre et en augmentant la superficie du pansement qu'il est passé d'un prix de 3,41 euros remboursé à 35 % comme médicament, à 30,49 euros remboursé à 65 % en tant que dispositif médical. Avouez qu'il n'a pas été maltraité !

Nous ne sommes pas restés inactifs : dans le cadre du plan sur les médicaments et les dispositifs médicaux prévu par la loi sur l'assurance-maladie, le comité économique des produits de santé a recensé des produits pour lesquels l'évolution technologique permettait des baisses de remboursement. Ces baisses viseront uniquement les produits qui, comme le tulle gras, font l'objet d'une surfacturation manifeste, tout en prenant en compte les impératifs industriels de production et sans reste à charge pour les patients.

Pour l'heure, le comité a engagé une discussion avec les industriels. Pour éviter la surfacturation, nous proposerons, avant la fin de l'année, une baisse de 50 % des tarifs pour certains dispositifs médicaux, dont les pansements, et en particulier les pansements vaselinés.

M. Jacques Le Guen. Très bien !

M. le président. La parole est à Mme Béatrice Vernaudo.

Mme Béatrice Vernaudo. Je poserai d'abord une question de Claude Greff. Je le ferai d'autant plus volontiers que je participe à un sympathique transport d'échantillons de produits de beauté entre une Polynésienne représentante en la matière à Paris et une aide-soignante de l'hôpital psychiatrique de Papeete qui, au cours d'un séjour en France, a préparé un diplôme d'esthéticienne. À son retour en Polynésie, elle a obtenu de sa hiérarchie l'auto-

risation d'ouvrir à l'hôpital un atelier d'esthétique. Tout le monde convient que cet atelier contribue au mieux-être des patients. Or c'est sur la socioesthétique que porte la question de Mme Greff.

Monsieur le ministre, au travers du budget que vous nous présentez, nous ne pouvons que nous féliciter d'une meilleure prise en compte de nos besoins en santé publique.

Trop longtemps négligée, la prise en charge globale de l'être humain doit cependant demeurer un impératif de notre politique de santé publique.

La socioesthétique est une pratique qui doit être enfin prise en compte. Elle mérite d'être davantage mise en valeur.

En effet, les soins de socioesthétique apportent aux personnes hospitalisées, en complément des traitements médicaux indispensables, un accompagnement humain aujourd'hui de plus en plus reconnu. La « personne », reprend alors le pas sur le « malade ».

Les soins de socioesthétique sont des gestes essentiels, et qui, bien souvent, contribuent à la guérison. Ils revalorisent l'image de la personne, apportent détente et mieux-être aux malades, leur permettent donc de reprendre confiance pour affronter la maladie et, tout simplement, de guérir.

Pour les femmes, la socioesthétique est un espoir, celui de pouvoir à nouveau revaloriser leur propre image.

Le Président de la République, Jacques Chirac, a reconnu encore récemment, lors de la journée des états généraux de la Ligue contre le cancer, l'importance du traitement humain des malades, et de ceux qui ont vaincu la maladie. La personne malade doit être au centre d'un réseau de soins coordonnés.

Le collègue d'esthétique à option humanitaire et sociale, le CODES, de la faculté de médecine de Tours, seule formation homologuée en France, mène sur ce sujet une action exemplaire. Son expérience est une richesse que la société ne doit pas négliger. La socioesthétique est déjà copiée et reconnue à l'étranger, au Japon, en Espagne et en Belgique.

Tous les praticiens des hôpitaux où interviennent les socioesthéticiennes peuvent attester de la pertinence des soins de socioesthétique et de l'importance de ce facteur dans la réussite de leur traitement médical. La France ne peut rester en retrait sur ce sujet, tant l'intérêt porté à l'être humain constitue un investissement en matière de santé.

Monsieur le ministre, vous avez signifié votre intention de contribuer à un meilleur niveau de santé pour nos concitoyens. Qu'en est-il des moyens budgétaires accordés à la socioesthétique et de son devenir dans notre pays ?

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Je ne suis pas un spécialiste en socioesthétique et je vous prie de bien vouloir m'en excuser ! (*Sourires.*)

Cela étant, je profite votre question pour évoquer un sujet qui me tient à cœur : la chirurgie esthétique.

Cette pratique doit être soumise aux mêmes demandes, aux mêmes réglementations et aux mêmes exigences que la chirurgie classique. Peu de gens savent en effet qu'il s'agit d'une chirurgie très lourde. Les conditions techniques de fonctionnement doivent donc être similaires à celles déjà en vigueur dans les établissements chirurgicaux.

La base légale a pour objet de permettre les contrôles, l'évaluation et l'accréditation des activités. Une fois la réglementation publiée, toutes les installations existantes devront solliciter une autorisation légale pour poursuivre leur exploitation. Les textes réglementaires qui fixeront les modalités de l'autorisation et les conditions minimales d'organisation de cette activité – s'agissant notamment de sécurité anesthésique – sont en préparation et seront soumis à la concertation très prochainement.

Par ailleurs, au regard de l'assurance-maladie, on ne peut pas mettre sur le même plan un patient qui veut bénéficier d'une chirurgie esthétique relevant du luxe et un grand brûlé qui souhaite refaire son visage. Si des chirurgiens esthétiques lisent le *Journal officiel*, je me réjouirai qu'ils prennent cet argument en considération. Car, l'assurance-maladie étant déficitaire, on ne doit pas faire n'importe quoi avec l'argent public.

Pour en venir à votre question, l'Organisation mondiale de la santé ne définit pas la santé comme une absence de maladie, mais comme un bien-être, et c'est un signe fort. La socioesthétique y contribue certainement et je ne demanderais pas mieux que de profiter de vos conseils pour mieux connaître cette science. (*Sourires.*)

M. le président. La parole est à Mme Béatrice Vernaudon.

Mme Béatrice Vernaudon. Après l'arrêt des essais nucléaires, l'État et la Polynésie ont signé un pacte de progrès pour le développement économique, social et culturel de la Polynésie, visant notamment à développer ses ressources propres et à renforcer la cohésion sociale.

À cet effet, une convention relative aux actions de solidarité et de santé publique fut signée avec votre ministère. Les engagements pris, et honorés de 1994 à 2003, ont permis à la Polynésie de faire des progrès considérables, avec la mise en place d'un régime de solidarité territoriale pour ceux qui étaient dépourvus de protection sociale, le développement de l'action en faveur des handicapés, les programmes sociaux en faveur de l'enfance et de la famille, la prévention et l'éducation à la santé, sans oublier le développement des formations initiales et continues des personnels médicaux et sociaux. Je peux affirmer que, sans cette convention, la Polynésie ne serait pas tout à fait ce qu'elle est.

La mission d'évaluation de l'IGAS, que vous avez diligentée l'an dernier, l'a reconnu et a considéré que la Polynésie, grâce à son statut d'autonomie, avait su adapter ses réponses aux problématiques et aux besoins locaux et qu'en cela elle avait constitué un laboratoire d'expérience intéressant.

Vous avez donc versé chaque année, pendant dix ans, jusqu'en 2003, 33,4 millions d'euros au titre de cette convention, 29,4 millions au titre de la solidarité et 4 millions au titre de la santé publique.

En 2004, vos services ont coopéré avec les nôtres pour élaborer le contenu d'un nouveau dispositif réglementaire. Mais les problèmes politiques que nous vivons depuis cinq mois n'ont pas encore permis de faire aboutir ce dossier. Pouvez-vous, monsieur le ministre, me confirmer, et Dieu sait si les Polynésiens ont en ce moment besoin de gages d'avenir, que votre budget a bien intégré les sommes nécessaires pour permettre la poursuite de ce partenariat technique et financier avec la Polynésie ?

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Madame la députée, la dernière convention concernant la protection sociale en Polynésie est arrivée à échéance à la fin de 2003. Un avenant à cette convention sera pris pour 2004 et je peux vous annoncer que plus de 18 millions d'euros de crédits y seront consacrés. Cette convention ne peut que participer au gage d'avenir et de stabilité que nous souhaitons pour la Polynésie.

M. le président. Nous avons terminé les questions.

TRAVAIL, SANTÉ ET COHÉSION SOCIALE

II. – SANTÉ, FAMILLE, PERSONNES HANDICAPÉES ET COHÉSION SOCIALE

M. le président. J'appelle les crédits inscrits à la ligne : « Travail, santé et cohésion sociale : « II.– Santé, famille, personnes handicapées et cohésion sociale ».

Je mets aux voix les crédits inscrits au titre III de l'état B
(*Les crédits inscrits au titre III de l'état B sont adoptés.*)

M. le président. Je mets aux voix les crédits inscrits au titre IV de l'état B.

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

M. le président. Je mets aux voix les autorisations de programme et les crédits de paiement inscrits au titre V de l'état C.

(*Les autorisations de programme et les crédits de paiement inscrits au titre V de l'état C sont adoptés.*)

M. le président. Je mets aux voix les autorisations de programme et les crédits de paiement inscrits au titre VI de l'état C.

(*Les autorisations de programme et les crédits de paiement inscrits au titre VI de l'état C sont adoptés.*)

Article 77

M. le président. Sur l'article 77, je suis saisi d'un amendement n° 108.

La parole est à M. Gérard Bapt, pour le soutenir.

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan. Notre amendement vise à supprimer le I de l'article 77 du projet de loi, qui tend à affecter au fonds de financement de la protection complémentaire les recettes perçues au titre de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25 degrés. Pour l'heure, ces prélèvements constituent une ressource de la Caisse nationale d'assurance-maladie. Le groupe socialiste souhaite consacrer progressivement au financement de l'assurance-maladie le produit des droits sur l'alcool et le tabac ainsi que certaines taxes sur les assurances automobiles. Au contraire, le dispositif que vous nous proposez prive l'assurance-maladie des recettes provenant de la taxation de l'alcool.

Voilà pourquoi j'ai proposé cet amendement dont je dois à la vérité de dire qu'il a été repoussé par la commission des finances.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. En tant que ministre de la santé, je ne trouverais que des avantages au transfert vers l'assurance-maladie du produit de toutes les taxes sur l'alcool et le tabac. Mais je m'interroge

sur le moyen de combler le trou qui serait ainsi creusé dans le budget de l'État. M. Bapt suggèrera sans doute d'instituer des impôts supplémentaires, mais telle n'est pas la ligne suivie par le Premier ministre, qui souhaite au contraire à les réduire.

Mme Muguette Jacquaint. Les réduire, mais pour qui ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Nous mesurons à nouveau tout ce qui nous sépare du groupe socialiste, qui ne manque pas d'augmenter les impôts chaque fois qu'il est au pouvoir.

En outre, l'amendement de M. Bapt remet en cause les financements du fonds CMU pour 2005, de la décentralisation et de la formation paramédicale, et prévoit d'augmenter l'impôt de solidarité sur la fortune. Ne pouvant cautionner une nouvelle augmentation des prélèvements obligatoires, je vous demande de le repousser.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 108.

(*L'amendement n'est pas adopté.*)

M. le président. Je suis saisi de deux amendements, n°s 99 et 109, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. le ministre, pour présenter l'amendement n° 99.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Cet amendement rédactionnel a pour objet de consacrer dans le code de la sécurité sociale le changement d'affectation de la cotisation sur les boissons alcooliques de plus de 25 degrés. Il ajoute à la liste des recettes de fonds CMU la cotisation « alcools forts ».

M. le président. La parole est à M. Gérard Bapt, pour soutenir l'amendement n° 109.

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. Je me trouve dans une situation paradoxale : l'amendement du Gouvernement étant similaire au mien, je ne peux donc qu'y être favorable. Mon amendement, quant à lui, a été repoussé par la majorité de la commission des finances.

M. le président. Le retirez-vous, monsieur Bapt ?

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. Je le retire.

M. le président. L'amendement n° 109 est retiré.

Je mets aux voix l'amendement n° 99.

(*L'amendement est adopté.*)

M. le président. Je mets aux voix l'article 77, modifié par l'amendement n° 99.

(*L'article 77, ainsi modifié, est adopté.*)

Article 78

M. le président. L'article 78, rattaché à ce budget, ne faisant l'objet d'aucun amendement, je le mets aux voix.

(*L'article 78 est adopté.*)

Article 79

M. le président. Sur l'article 79, rattaché à ce budget, je suis saisi de deux amendements, n°s 72 et 68 rectifié, pouvant être soumis à une discussion commune.

La parole est à M. le rapporteur spécial.

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. Je laisse à M. Mallié le soin de le défendre.

M. le président. La parole est à M. Richard Mallié.

M. Richard Mallié. Selon l'exposé des motifs de l'article 79, le barème de la taxe sur le dépôt des demandes d'essais cliniques sera modulé en fonction de la nature de la demande – demande initiale sur médicaments nouveaux ou sur médicaments connus, dossier médicament expérimental, autorisation de modifications – et de la nature du promoteur – industriels ou institutionnels publics. Quant à l'article lui-même, il dispose que « le barème de cette taxe est fixé, dans la limite d'un montant annuel de 4 600 euros, par voie réglementaire ».

Il vous est proposé de fixer le barème « en fonction du type d'essais cliniques, dans la limite d'un montant maximal de 4 600 euros, par un arrêté conjoint des ministres chargés de la santé, du budget et de la recherche ». En clair, l'amendement enrichit le texte de l'article de précisions contenues dans l'exposé des motifs.

M. le président. L'amendement n° 68 rectifié de M. Estrosi n'est pas défendu.

Quel est l'avis du Gouvernement sur l'amendement n° 72 ?

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Favorable.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 72.

(L'amendement est adopté.)

M. le président. Je mets aux voix l'article 79, modifié par l'amendement n° 72.

(L'article 79, ainsi modifié, est adopté.)

Après l'article 79

M. le président. En accord avec la commission des finances, j'appelle maintenant trois amendements tendant à insérer des articles additionnels après l'article 79.

Je suis saisi d'un amendement n° 121.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour le soutenir.

M. Jean-Luc Prével. L'Institut national pour le cancer est une innovation intéressante. La coordination qu'il permettra est souhaitable dans d'autres domaines, en particulier dans celui de la prévention de l'alcoolisme.

Dans le cadre de la loi du 9 août 2004, le Gouvernement a prévu de réduire, sur une durée de neuf ans, l'alcoolisme de 20 %. La prévention de la dépendance alcoolique doit être considérée dans le contexte de la prévention et de l'atténuation des problèmes liés à l'alcool au sein de la population.

On estime, vous le savez, à 5 millions le nombre de personnes que l'usage excessif d'alcool expose à des difficultés d'ordre médical, psychologique et sociale, et entre 2 et 3 millions le nombre de sujets dépendants. Environ 50 000 décès peuvent être rattachés à l'alcool chaque année, sans compter les accidents de la route ou les accidents du travail, ni le coût social occasionné par cette pathologie.

De même qu'un institut pour le cancer peut coordonner les actions menées contre cette maladie, ne pensez-vous pas, monsieur le ministre, qu'un institut pour la prévention de

l'alcoolisme serait efficace pour mieux coordonner l'action des différents agents intervenant sur ce problème majeur de santé publique ?

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

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. La commission n'a pas examiné cet amendement. À titre personnel, s'il fallait créer un institut national de prévention de l'alcoolisme, je me verrais bien lui proposer d'évaluer les conséquences d'une éventuelle et malencontreuse modification de la loi Évin... *(Sourires.)*

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Cette proposition est intéressante, mais redondante, compte tenu de la loi relative à la politique de santé publique, dont l'article 42 prévoit : « Le Gouvernement remet au Parlement un rapport avant le 30 juin 2005 sur les conditions de la création d'états généraux de la lutte contre l'alcoolisme. » Votre proposition viderait cette mesure de son sens en créant une structure avant même la tenue du débat prévu par la loi. Attendons ce débat, puis nous verrons. Je vous demande donc, monsieur Prével, de retirer l'amendement, bien qu'il défende une idée à laquelle je ne suis pas hostile.

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

M. Jean-Luc Prével. Je le retire bien volontiers, en espérant que ces états généraux aboutiront à la création de l'institut en question.

M. le président. L'amendement n° 121 est retiré.

Je suis saisi d'un amendement n° 122.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour le soutenir.

M. Jean-Luc Prével. Le maintien à domicile est reconnu par tous comme une priorité. Encore faut-il s'en donner les moyens. Dans le cadre de la politique de santé de proximité interviennent à la fois l'hospitalisation à domicile et les services de soins à domicile.

Les services de soins à domicile jouent un rôle important auprès des personnes âgées. Le plus souvent, ils sont gérés par une association disposant d'une infirmière coordinatrice et d'aides-soignantes. Ils interviennent sur prescription médicale. Or, aujourd'hui, le manque de places est criant.

Il existe également un problème financier. À titre d'exemple, c'est seulement au mois d'août que le préfet, dans mon département, a informé les associations de leurs dotations budgétaires. Et il a rayé une partie de celle consacrée au personnel, alors que huit douzièmes de l'année s'étaient déjà écoulés ! Comment réduire les frais de personnel alors que le besoin d'intervention auprès des personnes âgées est réel ?

Quant à l'hospitalisation à domicile, je n'y reviendrai pas : là encore, les besoins sont très importants.

Un rapport est donc nécessaire pour examiner les besoins dans ces deux domaines.

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

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. La commission n'a pas examiné l'amendement. À titre personnel, je suggère à M. le ministre de considérer favorablement, sous une forme ou sous une autre, l'intention ici exprimée. Le développement de l'hospitalisation à domicile correspond à une priorité dans l'adaptation de notre offre de soins. Il permet de surcroît d'évaluer l'extension des réseaux de soins.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. L'intention est en effet louable. Toutefois, je préférerais présenter chaque année, en annexe du PLFSS et avant son examen, un bilan de notre action dans ce domaine.

Je propose donc le rejet de l'amendement.

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

M. Jean-Luc Prével. M. le ministre est donc favorable à l'idée, mais demande à l'Assemblée de ne pas adopter l'amendement, parce qu'il préfère un rapport inclus dans la loi de financement.

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. Vous avez parfaitement compris !

M. Jean-Luc Prével. Je veux bien retirer l'amendement, mais je note que tout le monde est d'accord avec son principe.

Par ailleurs, je rappelle qu'il s'agit également de financement. Nous ne pouvons pas, dans le cadre de la deuxième partie du projet de loi de finances, proposer de nouvelles recettes. Mais, quand des associations de soins à domicile se voient accorder au mois d'août une dotation qui nécessite de réduire les frais de personnel, au moment même où on prétend vouloir favoriser le maintien à domicile, je me dis qu'un problème se pose.

M. le président. L'amendement n° 122 est retiré.

Je suis saisi d'un amendement n° 123.

La parole est à M. Jean-Luc Prével, pour le soutenir.

M. Jean-Luc Prével. L'obésité est un problème réel et il est nécessaire de prévoir une politique d'éducation et de prévention adéquate, afin d'éviter, en particulier, le phénomène du grignotage et la consommation de produits hypercaloriques.

Un amendement déposé dans le cadre du projet de loi relatif à la politique de santé publique, et qui allait dans ce sens, a été modifié au dernier moment. Ainsi, la loi du 9 août 2004 dispose que les distributeurs automatiques de boissons et de produits alimentaires payants et accessibles aux élèves sont interdits dans les établissements scolaires à compter du 1^{er} septembre 2005.

La rédaction initiale de l'amendement autorisait les distributeurs donnant accès à des fruits, des légumes ou de l'eau. Mais l'application de la loi conduira à la suppression de tous les distributeurs, ce qui, bien entendu, n'empêchera pas les élèves de se fournir dans la pâtisserie d'en face, mais risquera de fragiliser les petites entreprises qui avaient passé des contrats et qui ne vivent que par l'installation et la maintenance de ces machines. Quelles dispositions le Gouvernement compte-t-il prendre pour leur venir en aide et compenser cette interdiction ?

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

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. La commission n'a pas examiné cet amendement. À titre personnel, je formulerai deux remarques.

Premièrement, il est tout à fait possible, me semble-t-il, d'installer des fontaines à eau gratuites dans les établissements.

M. Richard Mallié. Sans parler de l'eau du robinet !

M. Gérard Bapt, rapporteur spécial. En effet : lorsqu'elle est filtrée avec du charbon, comme dans ma commune, l'eau du robinet n'a pas de goût.

Deuxièmement, la distribution automatique de fruits poserait de gros problèmes de conservation et de maintenance des machines. D'autres systèmes pourraient sans doute être envisagés.

En revanche, j'ignore tout du problème économique qui se poserait aux fournisseurs de distributeurs automatiques d'aliments.

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

M. le ministre de la santé et de la protection sociale. C'est une question dont nous avons longuement débattu à l'Assemblée nationale et au Sénat pendant le mois de juillet. C'est vrai qu'il faut empêcher les enfants de grignoter des barres chocolatées ou des gâteaux et de boire des boissons sucrées. Nous voulions donc enlever les distributeurs de ce type de produits. Quelqu'un que connaît bien M. Bapt a demandé qu'on enlève tous les distributeurs. C'est plutôt ce qu'il y a à l'intérieur qui pose problème mais, comme nous étions soumis à une grande pression des lobbies, nous avons fini par les interdire tous. Cela dit, monsieur Prével, dans les écoles, ce qu'on trouve dans 99,9 % des distributeurs, ce sont des boissons sucrées et des barres chocolatées.

Il faut des fontaines à eau gratuites dans toutes les écoles, tous les collèges, tous les lycées. S'il y a des distributeurs de fruits et de légumes, nous laisserons les académies et les proviseurs gérer la question, et je demande qu'il n'y ait aucune sanction parce que les fruits et légumes, comme vous le savez, c'est très bon.

La présentation pédagogique des fruits et des légumes proposée dans les restaurants scolaires entraîne une augmentation significative de leur consommation. Des expériences pilotes du programme national nutrition santé que je mets en place l'ont récemment montré, et c'est dans ce sens qu'il faut plutôt agir.

Je vous demande donc de retirer cet amendement. Sinon, je demande qu'on vote contre.

M. le président. Monsieur Prével ?

M. Jean-Luc Prével. Je maintiens l'amendement.

M. le président. Je mets aux voix l'amendement n° 123.

(L'amendement n'est pas adopté.)

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

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

4

ORDRE DU JOUR DES PROCHAINES SÉANCES

M. le président. Lundi 15 novembre 2004, à neuf heures trente, première séance publique :

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 2005, n° 1800 :

Rapport, n° 1863, de M. Gilles Carrez, rapporteur général, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.

Équipement et transports, budget annexe de l'aviation civile :

Équipement et transports terrestres :

Rapport spécial, n° 1863, annexe 21, de M. Hervé Mariton, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan.

Équipement, transports terrestres et fluviaux :

Avis, n° 1865, tome 10, de M. François-Michel Gonnot, au nom de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire.

Mer :

Rapport spécial, n° 1863, annexe 22, de M. François Liberti, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan ;

Avis, n° 1865, tome 11, de M. Jean-Yves Besselat, au nom de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire.

Transports aériens :

Rapport spécial, n° 1863, annexe 24, de M. Charles de Courson, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan ;

Avis, n° 1865, tome 13, de Mme Odile Saugues, au nom de la commission des affaires économiques, de l'environnement et du territoire.

À quinze heures, deuxième séance publique :

Suite de la discussion de la deuxième partie du projet de loi de finances pour 2005, n° 1800.

Équipement et transports, budget annexe de l'aviation civile (suite).

Affaires étrangères, coopération et francophonie :

Affaires étrangères et francophonie :

Avis, n° 1866, tome 1, de M. Richard Cazenave, au nom de la commission des affaires étrangères ;

Avis, n° 1867, tome 1, de M. François Lamy, au nom de la commission de la défense nationale et des forces armées.

Coopération et développement :

Rapport spécial, n° 1863, annexe 3, de M. Henri Emmanuelli, au nom de la commission des finances, de l'économie générale et du Plan ;

Avis, n° 1866, tome 3, de M. Jacques Godfrain, au nom de la commission des affaires étrangères.

Francophonie et relations culturelles internationales :

Avis, n° 1864, tome 1, de M. Patrick Bloche, au nom de la commission des affaires culturelles, familiales et sociales ;

Avis, n° 1866, tome 4, de M. François Rochebloine, au nom de la commission des affaires étrangères.

À vingt et une heures trente, troisième séance publique :

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

La séance est levée.

(La séance est levée, le jeudi 11 novembre 2004, à zéro heure quarante-cinq.)

*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.)