

A S S E M B L É E N A T I O N A L E

X I I I ^e L É G I S L A T U R E

Compte rendu

Commission des affaires culturelles, familiales et sociales

- Audition, ouverte à la presse, de M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, de M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, de Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité, et de Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 2
- Examen (discussion générale) du projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009

Mercredi

15 octobre 2008

Séance de 16 heures 15

Compte rendu n° 08

SESSION ORDINAIRE DE 2008-2009

**Présidence de
M. Pierre Méhaignerie,
Président
puis de
M. Jean-Pierre Door,
Secrétaire
puis de
M. Pierre Méhaignerie,
Président**



**COMMISSION DES AFFAIRES CULTURELLES,
FAMILIALES ET SOCIALES**

Mercredi 15 octobre 2008

**Présidence de M. Pierre Méhaignerie,
président de la Commission des affaires culturelles, familiales et sociales,
puis de M. Jean Pierre Door, secrétaire de la Commission**

La commission procède à l'audition, ouverte à la presse, de M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité, de Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, de M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique, de Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité, et de Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille, sur le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (n° 1157).

La séance est ouverte à seize heures quinze

(Présidence de M. Pierre Méhaignerie, président de la Commission)

M. le président Pierre Méhaignerie. Après l'effort de redressement que nous avons accompli depuis deux ans, nous avons le sentiment de voir l'horizon s'éloigner et qu'il nous faudra, au cours de l'année 2009, rassembler nos énergies. Lorsque j'apprends qu'une marche contre la réforme des retraites outre-mer mobilisait il y a quelques jours 5 000 personnes en Polynésie, je me dis que nous aurons besoin de courage si nous voulons que nos enfants et nos petits-enfants aient confiance en l'avenir de notre pays, mais cela dépend de notre capacité à redresser nos comptes.

Des efforts ont été faits, j'en conviens ; si rien n'avait été entrepris, c'est à 15 milliards d'euros que s'élèverait aujourd'hui le déficit du régime général pour 2009.

M. Éric Woerth, ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique. Avant de me rendre au Sénat pour présenter le projet de loi de finances rectificative, j'évoquerai brièvement devant vous le projet de loi de financement de la sécurité sociale (PLFSS) pour 2009.

Nous avons, dans ce projet de loi, respecté les objectifs fixés en 2008 : nous avons réduit le déficit, en dépit d'une progression moins forte que prévu de la masse salariale, 4,5 % au lieu de 4,8 %. Le déficit du régime général continue de baisser : il est de 8,9 milliards d'euros, contre 9,5 milliards l'année dernière. Quant au déficit de la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAMTS), il sera de 4 milliards d'euros, ce qui est le meilleur niveau atteint depuis 2001. On peut donc parler de bonne nouvelle, puisqu'il atteignait 11,6 milliards en 2004.

S'agissant de l'objectif national de dépenses d'assurance maladie (ONDAM), j'ai une bonne et une mauvaise nouvelle : la mauvaise, c'est qu'il devrait encore être dépassé ; la bonne, c'est que le dépassement sera limité à 750 millions d'euros, soit 0,5 % de son montant global. C'est la meilleure performance depuis 1999. Je vous rappelle que le dépassement atteignait 3 milliards l'année dernière.

L'impact de la dégradation de la conjoncture sur les comptes sociaux sera en 2009 de plus de 3 milliards d'euros, qui pèseront sur les finances de la sécurité sociale : la prévision de croissance de la masse salariale est passée de 4,5 % à 3,5 %. Ce point qui manque cette année représente 2 milliards de recettes en moins pour le régime général ; par ailleurs, l'inflation plus forte que prévu en 2008 conduit à un surcroît de dépenses – prestations familiales et retraites – de 1,4 milliard d'euros.

Notre objectif est ambitieux, mais je pense qu'il est possible, d'ici à 2012, de parvenir à l'équilibre du régime général, en poursuivant la réduction du déficit de la sécurité sociale.

Dans un contexte de crise économique, notre impératif est de ne pas pénaliser les ménages et de limiter les prélèvements nouveaux sur les entreprises. C'est ce que Mme Bachelot-Narquin et moi-même nous sommes efforcés de faire.

La voie est étroite. Cela suppose d'être très ferme sur la dépense et d'optimiser les financements. Notre principe d'action, c'est la responsabilité : il faut que chacun assume ses responsabilités et que les efforts soient partagés.

Si nous n'avions pris aucune mesure, le déficit du régime général serait de 15 milliards d'euros en 2009. Le projet de loi permettra de le ramener à 8,6 milliards d'euros. C'est un effort équilibré, qui se traduit par des économies – plus de 3 milliards, dont 1 milliard au titre des frais financiers –, des transferts au sein de la protection sociale – 1,7 milliard – et des recettes nouvelles – 1,4 milliard.

Notre stratégie de retour à l'équilibre repose sur quatre piliers : le règlement des dettes du passé, une maîtrise constante de la dépense, l'adaptation des ressources au sein de la protection sociale, sans hausse des prélèvements, et la sécurisation des recettes par un meilleur encadrement des niches sociales.

Assumer ses responsabilités, cela vaut d'abord pour l'État. Nous les assumons. Je me suis engagé, l'année dernière, à régler la question du déficit du fonds de financement des prestations sociales des non-salariés agricoles (FFIPSA) : ce sera fait dans le cadre de ce PLFSS puisque l'État reprendra, à la fin de l'année 2008, l'intégralité de la dette, qui s'élève à 7,5 milliards d'euros. En outre, il affectera au financement des prestations maladie des non-salariés agricoles, non plus la moitié, mais la totalité de la taxe sur les véhicules de société, ce qui représente 1,2 milliard d'euros. Cela permettra d'équilibrer cette branche et de l'intégrer financièrement à la CNAMTS. Cette opération permettra à la Mutualité sociale agricole (MSA) de continuer à financer les prestations maladie des salariés.

L'État a également repris la dette de la branche vieillesse, qui verra donc ses charges allégées de 200 millions d'euros, mais la situation des finances publiques ne permet pas d'aller plus loin. Le Gouvernement s'engage à revoir cette question dans le cadre du point d'étape sur les retraites, qui aura lieu en 2010. Jusqu'à cette date, le versement des prestations sera garanti grâce à l'autorisation d'emprunt accordée à la MSA.

Prendre ses responsabilités, c'est aussi régler la question des dettes accumulées de la sécurité sociale. Comme je m'y étais engagé l'année dernière, le projet de loi prévoit un transfert à la Caisse d'amortissement de la dette sociale (CADES) des déficits cumulés du régime général et du fonds de solidarité vieillesse (FSV), soit près de 27 milliards d'euros à la fin de l'année 2008, sans hausse de prélèvement et sans report sur les générations futures.

Nous affecterons donc à la CADES une fraction de la CSG – 0,2 point, ce qui représente 2,3 milliards d’euros – dont bénéficie aujourd’hui le FSV.

Il y avait d’autres solutions : la première, que nous avons écartée, consistait à puiser dans le Fonds de réserve (FRR) des retraites ; une autre aurait été d’augmenter la CRDS. Considérant qu’il n’était pas souhaitable d’alourdir la pression fiscale, nous avons préféré agir par le biais du Fonds de solidarité vieillesse (FSV). Notre solution a un mérite essentiel : tout le monde est gagnant. Il n’y a pas de hausse des prélèvements, pas d’allongement de la durée de vie de la CADES, et le régime général économise plus de 1 milliard d’euros de frais financiers. Le FSV lui-même améliore sa situation financière, puisque sa propre dette passera de 3,9 milliards d’euros fin 2008 à 800 millions d’euros en 2009.

La clé du redressement passe par la maîtrise des dépenses, notamment celle de l’assurance maladie. Nous avons décidé de fixer le taux de progression de l’ONDAM à 3,3 % en 2009. C’est un objectif ambitieux, mais réaliste. Je vous rappelle qu’il nous faudra poursuivre le même objectif pendant cinq ans, dans le cadre de la loi de programmation pluriannuelle des finances publiques. Nous avons pris des engagements en ce sens.

Nous avons également veillé, avec Mme Bachelot-Narquin, à ce que l’effort soit équitablement réparti entre tous les acteurs, en particulier les médecins et les organismes mutualistes.

Quant à la Haute autorité de santé (HAS), elle doit poursuivre et accélérer son travail de publication de référentiels médico-économiques, afin de permettre à tous les acteurs de la santé de prendre leurs responsabilités. Il nous faut « resserrer les vis » à tous les étages de notre système de santé.

Prendre ses responsabilités, c’est aussi admettre que les besoins sociaux évoluent et que nos financements doivent s’adapter. C’est dans cette logique que s’inscrivent les transferts entre la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF) et la Caisse nationale d’assurance vieillesse (CNAV), ainsi qu’entre l’UNEDIC et l’assurance vieillesse. En dépit de la hausse, que j’espère conjoncturelle, du chômage, nous n’avons pas écarté cette solution. Je pense, au contraire, que la hausse de 0,3 point peut être facilement absorbée par l’UNEDIC.

La préservation des recettes est le quatrième point fort de ce PLFSS. Nous avons souhaité affecter 1,4 milliard d’euros, provenant des mutuelles, des institutions de prévoyance et des assureurs, à l’assurance maladie, afin de prendre en compte le nombre croissant de personnes victimes d’affections de longue durée, qui pèsent de plus en plus lourdement sur le budget de la sécurité sociale. Nous avons souhaité procéder à un rééquilibrage, sans assortir celui-ci d’une augmentation des cotisations aux complémentaires.

Nous inspirant des propositions de M. Yves Bur, nous avons également décidé de mettre en place un forfait social. Il s’agit d’une contribution patronale de 2 % sur l’intéressement, la participation, l’épargne salariale et la retraite supplémentaire. Cette disposition est en cohérence avec le projet de loi que Xavier Bertrand a récemment présenté au Parlement. Dans la mesure où nous voulons développer les dividendes du travail, il est naturel qu’ils participent au financement de la protection sociale.

Nous prendrons enfin, dans ce projet de loi, des mesures efficaces pour lutter contre la fraude, qui compléteront celles qui ont été votées l’année dernière – je pense

notamment à une sanction plancher, à la fois administrative et financière, en cas de fraude manifeste à l'assurance maladie.

Au-delà de 2009, notre stratégie est claire : nous visons un retour à l'équilibre des finances de l'assurance maladie et du régime général d'ici à 2012. C'est un objectif ambitieux, mais les mesures que je vous propose nous permettront de le réaliser.

Mme Roselyne Bachelot-Narquin, ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 fixe l'objectif national des dépenses d'assurance maladie à 157 milliards d'euros, soit 5 milliards de plus qu'en 2008 et une progression de 3,3 %. Ce taux réaliste, égal au taux constaté en 2008, est supérieur à la prévision de croissance, ce qui nous permettra de poursuivre notre effort de modernisation de notre système de soins et de financer les nouveaux besoins en matière de santé.

Nous souhaitons en effet poursuivre notre soutien aux projets d'investissements destinés à moderniser les établissements de santé dans le cadre du plan Hôpital 2012. Je rappelle que 10 milliards d'euros sont prévus dans ce plan destiné à soutenir des projets répondant à des critères d'efficacité afin de favoriser les reconfigurations hospitalières et de développer les systèmes d'information.

En outre, dans le cadre de la campagne tarifaire, je souhaite améliorer le dispositif de financement de la tarification à l'activité (T2A), en prévoyant des financements complémentaires pour tenir compte de la précarité et de la sévérité des pathologies des patients accueillis.

Il nous faut aussi financer des plans de santé publique tels que le plan de lutte contre le cancer, le plan de développement des soins palliatifs ou encore le « plan Alzheimer », qui sont des priorités fixées par le Président de la République.

Je souhaite donner à notre système de santé les moyens de se réorganiser, notamment en assurant une meilleure fluidité dans les parcours de soins, une meilleure coordination entre les soins ambulatoires, les soins hospitaliers et les services médico-sociaux. Tel est l'objet du projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » (HPST), que je présenterai la semaine prochaine au Conseil des ministres. C'est aussi dans cette optique que, comme l'an dernier, j'ai voulu un taux de progression de l'ONDAM équilibré entre la médecine de ville et l'hôpital – il est de 3,1 % pour l'une comme pour l'autre –, afin que les deux piliers de notre système de santé évoluent de manière coordonnée.

Ce taux d'évolution suppose un renforcement de nos efforts d'efficacité et de maîtrise médicalisée. Afin d'inciter les assurés à mieux respecter le parcours de soins, nous prévoyons d'augmenter de 20 points le ticket modérateur pour ceux qui ne respectent pas le parcours de soins. C'est la seule mesure qui pèsera sur les assurés et il leur sera facile, vous en conviendrez, de s'en exonérer.

Mais l'essentiel des 2,2 milliards d'euros d'économies repose sur la mobilisation de toutes les marges d'efficacité de notre système de santé.

Je souhaite tout d'abord renforcer les efforts de maîtrise médicalisée des dépenses. Utilisons les nouveaux outils dont nous disposons pour agir sur les comportements : réduire les actes redondants, diminuer les surprescriptions, rendre plus systématique le recours à des

thérapeutiques qui, pour une efficacité médicale équivalente, ont un coût moins élevé pour la collectivité. À cet égard, j'attends beaucoup des recommandations médico-économiques de la HAS, à laquelle, dans une lettre du 7 avril dernier, nous avons demandé des recommandations sur certaines stratégies thérapeutiques et médicamenteuses. J'ai noté avec satisfaction qu'elle a récemment rendu un avis sur l'hypertension artérielle, dans lequel elle recommande la prescription des inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) moins coûteux que les sartans.

Plus généralement, l'évaluation par la HAS de la portée thérapeutique réelle des produits de santé doit guider notre action. Il n'est pas aberrant que les dépenses de santé soient prioritairement affectées aux produits et aux prestations dont le service médical rendu est satisfaisant.

Je compte aussi beaucoup sur la CNAMTS et je souhaite qu'elle mène, comme chaque année, une campagne d'information sur les prescriptions à destination des professionnels de santé. La caisse dispose désormais de moyens renforcés pour assurer ses missions. Depuis la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, elle peut soumettre à la procédure d'accord préalable du médecin-conseil de l'organisme local d'assurance maladie les surprescripteurs pour l'ensemble des actes et des prestations. Éric Woerth et moi-même avons récemment écrit à son directeur général pour lui demander d'accentuer ses efforts en ce domaine.

Enfin, je souhaite que la CNAMTS nous permette de réaliser les 520 millions d'euros d'économies prévus au titre de la mise en œuvre de la tranche 2009 de maîtrise médicalisée dans le cadre de la convention médicale, et que le taux de réalisation soit supérieur à celui de 60 % que nous enregistrons depuis plusieurs années.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale contient en outre des mesures visant à mieux maîtriser à la fois les volumes et les tarifs.

Il s'agit tout d'abord d'infléchir la consommation de soins dont la justification médicale est discutable. On constate des écarts très importants dans les traitements prescrits, aussi bien en ville qu'à l'hôpital, à des patients qui présentent un diagnostic semblable. Ce n'est pas normal, notamment lorsque ces écarts sont significatifs et qu'ils concernent des prescriptions en très forte croissance. Cela prouve que notre système de soins présente un potentiel d'efficacité non négligeable. C'est pourquoi le PLFSS propose deux mesures permettant d'homogénéiser certaines prescriptions.

La première concerne les actes en série, notamment les actes paramédicaux, tels que les séances de masso-kinésithérapie. Nous proposons de soumettre les patients et les professionnels de santé au respect de référentiels validés par la HAS. Des exceptions justifiées resteront naturellement possibles en fonction des données médicales du patient.

La seconde porte sur les médicaments inscrits sur la « liste en sus » de l'hôpital : il s'agit de médicaments ne pouvant, compte tenu de leurs caractéristiques, être intégrés dans les tarifs de droit commun des prestations d'hospitalisation. Souvent très innovants, ils enregistrent une croissance annuelle supérieure à 15 %. Nous proposons de responsabiliser les agences régionales de l'hospitalisation et les directeurs d'établissement, en les incitant à maîtriser ces dépenses par la définition avec l'assurance maladie, le cas échéant, d'un plan d'action à respecter.

Au-delà de la maîtrise des volumes, nous devons aussi chercher à contenir la progression des prix et des tarifs. Dans les secteurs qui connaissent des gains de productivité importants ou une forte progression en volume, cela passe par une gestion dynamique des tarifs et des prix. Cela vaut pour le secteur de l'industrie pharmaceutique, car les prix des produits de santé de grande consommation doivent se rapprocher des prix des marchés les moins chers d'Europe. Nous envisageons donc, dans la continuité du plan « Médicaments et dispositifs médicaux », des diminutions de prix, qui porteront sur les médicaments les moins innovants. Nous pourrions réaliser d'autres économies, non seulement en accélérant la convergence des prix au sein de certaines classes pharmaceutiques homogènes ou en accentuant la baisse des prix des génériques en augmentant la décote par rapport aux princeps, mais également en encourageant la progression des grands conditionnements, en favorisant la baisse des prix des dispositifs médicaux et en ajustant les marges de distribution, en ville comme à l'hôpital.

Ce qui est vrai pour le secteur du médicament l'est aussi pour les professions ayant réalisé d'importants gains de productivité. Dans le rapport qu'elle m'a remis en juillet dernier, la CNAMTS constate à juste titre que, au regard du progrès technique, les tarifs des actes des biologistes et des radiologues paraissent nettement plus élevés que ceux des autres professionnels de santé. Il semble légitime, dans le prolongement des mesures prises en 2007, d'adapter les tarifs de ces deux spécialités qui, en outre, enregistrent une croissance très rapide de leurs volumes d'actes et bénéficient de marges nettes élevées. Dans cette perspective, je continuerai de suivre attentivement les discussions entre l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM) et les syndicats représentatifs des professions concernées, dans le cadre des négociations conventionnelles et des commissions de hiérarchisation des actes compétentes.

Je souhaite que l'hôpital poursuive ses efforts de modernisation et d'apurement financier. Je rappelle que le Président de la République a fixé un objectif de retour à l'équilibre des hôpitaux pour 2012. Outre la maîtrise médicalisée des médicaments inscrits sur la « *liste en sus* », le projet de loi prévoit plusieurs dispositions en ce sens.

Tout d'abord, afin d'inciter les établissements présentant des profils de dépenses atypiques à se réorganiser, le dispositif de mise sous entente préalable, déjà prévu pour la chirurgie ambulatoire, sera étendu aux autres activités hospitalières. Par exemple, une maternité qui présente un taux de césariennes particulièrement élevé par rapport à la moyenne comparable pourra être mise sous entente préalable.

Par ailleurs, l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et médico-sociaux (ANAP), qui regroupera les structures intervenant actuellement sur les différents aspects de l'efficacité, permettra aux hôpitaux de disposer des expertises nécessaires pour se réorganiser.

Enfin, le projet de loi prévoit l'assouplissement des procédures de traitement des situations de déséquilibre financier – plan de redressement, contrat de retour à l'équilibre, mise sous administration provisoire – dans une logique de gradation, afin de mieux responsabiliser les établissements.

Cet effort d'optimisation ne saurait toutefois se limiter à une partie de nos dépenses de santé. Nous prévoyons donc de renforcer le rôle des organismes complémentaires dans les négociations conventionnelles, tout particulièrement dans des secteurs comme l'optique et le dentaire, où ils prennent en charge une part importante des dépenses.

Depuis la dernière loi de financement de la sécurité sociale, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) peut émettre un avis sur les projets de conventions et d'avenants. Le Gouvernement propose d'aller au-delà de ce rôle consultatif et de mieux associer l'UNOCAM à la négociation des conventions avec les professionnels de santé : elle sera désormais invitée à toutes les négociations et, dans les secteurs tels que l'optique et le dentaire, où les organismes complémentaires jouent un rôle majeur dans la prise en charge des dépenses, sa signature sera obligatoire. Toutefois, afin que ces nouvelles règles ne conduisent pas à un blocage de la vie conventionnelle dans ces secteurs, l'UNOCAM votera à la majorité qualifiée et, au cas où elle refuserait de signer, l'accord entrerait en vigueur après un certain délai, qui devrait être fixé à six mois par décret.

Le PLFSS revêt cette année une signification particulière car je vous présenterai bientôt un projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires » qui poursuit le même objectif de modernisation de notre système de soins. Les deux textes sont complémentaires. Il faudra trouver des moyens financiers pour mieux articuler l'hôpital avec, en amont, les soins ambulatoires et, en aval, les services médico-sociaux. Cette mission incombera aux agences régionales de santé (ARS) qui, comme l'a rappelé le Président de la République, auront en main les outils de gestion du risque et d'organisation des soins. Il faut mettre en rapport les mesures financières avec les mesures structurelles. Ce n'est que dans cet esprit que nous parviendrons, progressivement, à modifier les paramètres de notre système de soins et d'assurance maladie pour le préparer aux dix prochaines années. Je suis déterminée à soutenir ces deux textes dans le respect des principes de notre système de sécurité sociale.

M. Xavier Bertrand, ministre du travail, des relations sociales, de la famille et de la solidarité. Je vais vous présenter la partie du PLFSS relative aux retraites et à la branche accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP). Ce projet de loi nous permet de maintenir le cap des réformes tout en renforçant la cohésion sociale.

En matière de retraites, nous tenons nos engagements puisque ce texte prévoit la revalorisation de 25 % d'ici à 2012 du minimum vieillesse. Ainsi, dès le mois d'avril 2009, le montant mensuel du minimum vieillesse augmentera de 44 euros. Il prévoit également la revalorisation des petites retraites agricoles, ainsi que s'y est engagé M. Michel Barnier, ministre de l'agriculture et de la pêche, et la mise en place d'un filet de sécurité pour les veuves, les conjoints et les exploitants ayant une carrière incomplète, ce qui bénéficiera à plus de 200 000 assurés. C'est une mesure que certains attendent depuis longtemps.

La pension de réversion des veufs et veuves les plus modestes, qui concerne 600 000 personnes, sera revalorisée de 11 %, ce qui revient à porter le taux de la réversion de 54 à 60 %. Cette mesure interviendra en 2010. Cet effort était prévu initialement pour 2012.

Nous maintenons par ailleurs la garantie d'une retraite au moins égale à 85 % du SMIC aux assurés les plus modestes ayant eu une carrière complète.

Nous mettons également en place le plan pour l'emploi des seniors, en libéralisant totalement le cumul emploi-retraite à partir de soixante-cinq ans ou soixante ans pour ceux ayant effectué une carrière complète. Nous avons supprimé ce délai ridicule de six mois pendant lesquels les salariés ne pouvaient plus reprendre une activité professionnelle, sauf dans la concurrence. C'est simple et efficace.

Nous portons en outre la surcote de 3 % à 5 % pour chaque année travaillée supplémentaire.

Nous incitons les partenaires sociaux à négocier des accords et à mettre en place un plan en faveur de l'emploi des seniors d'ici à la fin 2009. Dès 2010, les entreprises de plus de 50 salariés qui refuseront ce plan devront payer une pénalité de l'ordre de 1 % du montant des rémunérations.

Ce PLFSS supprime, toujours à compter de 2010, les mises à la retraite d'office dans le secteur privé et les limites d'âge inférieures à soixante-cinq ans dans la fonction publique.

Au sujet de la prise en compte de la pénibilité, je rencontre actuellement les partenaires sociaux – CGT, CGPME et CGC – et, ensemble, nous essayons d'identifier les points sur lesquels la négociation a échoué et de trouver des accords.

S'agissant des politiques en faveur des personnes âgées et handicapées, ce PLFSS traduit notre solidarité, notamment par la création de places, à domicile comme dans les maisons de retraite, avant la mise en place du cinquième risque.

J'en viens à la branche AT-MP. Sur ce point, nous traduisons dans la loi l'accord des partenaires sociaux du 12 mars 2007 en donnant la priorité aux victimes, en améliorant la prise en charge des dispositifs médicaux et en mettant en place une indemnisation temporaire des salariés reconnus inaptes. Aujourd'hui en effet, un salarié déclaré inapte par le médecin du travail ne perçoit, à la fin de son arrêt de travail, ni indemnités journalières ni indemnités de chômage pendant une période maximale de 30 jours pendant laquelle l'employeur a la possibilité de reclasser ou de licencier ce salarié. Cette situation est inadmissible. Il faut donc intervenir dans un délai plus court.

J'évoquerai enfin le fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA). Pour mettre fin aux difficultés majeures de transmission ou de reprise des entreprises inscrites sur la liste du fonds, le PLFSS propose de mutualiser la contribution spéciale des employeurs. Cette mutualisation sera sans incidence sur le taux de tarification des AT-MP, mais évitera que certaines entreprises ne demeurent sans repreneur, le fait de devoir régler une contribution spécifique amenant souvent le nouvel employeur à renoncer. C'est un parlementaire qui nous a saisi de ce dossier, et nous nous en félicitons. À partir du cas concret d'une entreprise située dans le département de l'Orne, nous pourrions apporter des solutions durables.

Conformément aux préconisations de M. Jean Le Garrec, nos services étudient l'élaboration d'une liste des métiers susceptibles d'être retenus dans un nouveau dispositif, afin de faire bénéficier du FCAATA toutes les personnes qui ont été réellement exposées à l'amiante.

Par ailleurs, pour tenir compte des difficultés financières soulevées par la suppression de toutes les exonérations de cotisations AT-MP dans la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008, notamment pour les personnes âgées dépendantes qui emploient des salariés à domicile, j'ai demandé que soit révisée à la baisse la tarification AT-MP des particuliers employeurs à partir de 2009 : le tarif passera de 3,7 % à 2 %.

S'agissant de la branche famille, ce projet de loi marque une première étape dans la mise en place du droit à la garde d'enfants.

Enfin, s'agissant de la réforme des caisses de sécurité sociale, à la suite d'un amendement parlementaire présenté l'année dernière, je me suis engagé à poursuivre la concertation. Nous souhaitons que les directeurs des caisses locales soient nommés par le directeur de la caisse nationale, après concertation avec le président du conseil d'administration de la caisse locale concernée. Cela permettra de mieux gérer les carrières des cadres dirigeants, ainsi que d'assurer une meilleure cohérence et une plus grande efficacité des différents réseaux.

M. Yves Bur, rapporteur pour les recettes et l'équilibre général. Je voudrais avant tout souligner le caractère volontariste de ce PLFSS, qui comporte un certain nombre d'avancées, alors même que le contexte économique était déjà très tendu au moment de son élaboration, il y a un mois.

Le déficit est stabilisé, voire réduit par rapport à 2008, et le traitement de la dette est bien engagé. Certes, il y a encore du chemin à faire, mais les promesses que vous aviez faites l'an passé, monsieur le ministre, ont été tenues. Le déficit de l'assurance maladie est en diminution, sans que les ménages soient sollicités davantage. Enfin, concernant la branche vieillesse, qui reste très fragile, un financement complémentaire est mis en place.

Pour autant, ce texte est déjà daté et le contexte économique actuel fait peser de grands risques sur les recettes. Le Premier ministre l'a reconnu ce matin. Le Gouvernement nous dit la vérité, et c'est une bonne chose. Mais certaines évolutions devront être prises en compte, notamment celle de la masse salariale, même si le pire n'est pas certain.

Il nous appartient de sécuriser cet équilibre, notamment en recherchant des recettes supplémentaires et en faisant en sorte de respecter la dépense.

Madame la ministre de la santé, quelles garanties pouvez-vous nous apporter pour que l'ONDAM que nous votons soit enfin respecté ? Comment éviter un dépassement, qui viendrait alourdir la dette ? Nous voulons être sûrs que le plan d'économies de l'UNCAM, qui a été intégré dans le financement, sera respecté l'an prochain.

Par ailleurs, la CNAV est structurellement déficitaire, malgré des recettes supplémentaires. Il est clair que nous ne pourrions pas éviter de prendre des mesures difficiles pour retrouver un équilibre durable. Vous semblez croire, monsieur le ministre du travail, que les Français ne sont pas capables d'accepter les changements qu'entraîne le vieillissement de la population. Je pense pour ma part qu'ils y sont prêts. Quand prendrons-nous enfin les mesures structurelles nécessaires ? Si nous ne le faisons pas, ce sont les jeunes générations qui paieront pour nos faiblesses. La non-réforme a un coût, que l'on peut chiffrer cette année à 6,3 milliards d'euros, liés aux déficits des années passées. Cette somme, si elle n'avait pas été versée aux organismes financiers, aurait pu permettre de doubler l'ONDAM !

M. Jean-Pierre Door, rapporteur pour l'assurance maladie et les accidents du travail. Ce PLFSS ambitieux traduit un réel effort de redressement, dans un contexte économique particulièrement dégradé de crise financière internationale. Déjà, certains laissent entendre qu'ils sont sceptiques, allant jusqu'à émettre un avis défavorable au sein du conseil de la CNAMTS. Comment, madame la ministre, allez-vous sortir de cette impasse ?

Ce texte traduit la volonté de ne pénaliser ni les ménages, ni les malades, ni l'industrie pharmaceutique. Il renforce encore la maîtrise médicalisée et le lien entre l'assurance médicale obligatoire et l'assurance complémentaire. Il contient également des

avancées structurelles – je pense au nouveau mode d'exercice professionnel, dans le monde hospitalier comme dans les établissements pour personnes âgées dépendantes, aux prescriptions pharmaceutiques et aux référentiels et ententes préalables concernant notamment les kinésithérapeutes.

Il reste un certain nombre de points à traiter, mais j'ai cru comprendre qu'ils seront évoqués dans le projet de loi « Hôpital, patients, santé et territoires ».

Vous proposez, et c'est une très bonne chose, de renforcer la rémunération des enseignants des universités de médecine générale dont nous avons récemment permis la titularisation. Quel autre signe pouvons-nous donner à ces enseignants ?

Vous redéfinissez le pilotage du dossier médical personnel (DMP) en créant une Agence des systèmes d'informations de santé partagés (ASIP), suivant en cela les recommandations de la mission d'information que j'ai présidée il y a quelques mois. Il était urgent de relancer ce dossier.

Vous nous confirmez, madame la ministre, que les réformes structurelles d'organisation des soins ambulatoires et les problèmes liés à la démographie médicale seront débattus lors de l'examen de votre prochain projet de loi. Pouvez-vous nous communiquer le calendrier des négociations conventionnelles entre les partenaires médicaux et les caisses ? Surtout, comment allez-vous traiter l'épineux problème des dépassements d'honoraires et du secteur optionnel ?

Monsieur le ministre du budget, à quelle date comptez-vous réunir le Conseil stratégique des industries de santé (CSIS) ? Cette réunion, qui a déjà prouvé son efficacité, est très attendue.

Les hôpitaux publics, madame la ministre, comme les cliniques privées, sont désormais financés intégralement par la T2A. Quel est le bilan de cette réforme ? Le Gouvernement doit remettre au Parlement un rapport sur la question. Quand pourrions-nous en prendre connaissance ? Par ailleurs, pouvons-nous nous fonder sur les données figurant sur le site Internet de l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH) pour comparer les coûts du secteur privé et du secteur public ?

Enfin, qu'en est-il de l'application du décret de mai 2008 relatif à la redevance due par les praticiens hospitaliers à plein temps exerçant dans le secteur libéral ?

Mme Marie-Anne Montchamp, rapporteure pour avis de la commission des finances, de l'économie générale et du plan. Je joins ma voix à celle de mes collègues pour saluer l'opération de vérité que représente ce PLFSS.

Je voudrais appeler votre attention, monsieur le ministre du budget, sur le fait que les organismes de sécurité sociale sont désormais quotidiennement confrontés à la gestion du risque financier : risque de trésorerie pour l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS) ou la Caisse centrale de la mutualité sociale agricole (CCMSA) ; risque lié à la gestion d'actifs pour le FRR ; risque de refinancement sur les marchés financiers pour la CADES.

Quelles conditions seront faites à l'ACOSS en 2009, année où l'on peut s'attendre à des pics de trésorerie très marqués ? Celle-ci doit se refinancer sur les marchés financiers pour ce qui dépasse les plafonds consentis par la Caisse des dépôts et consignations. Qu'en

est-il du défaut de certification, par la Cour des comptes, des comptes de l'ACOSS ? Le périmètre d'ensemble de celle-ci va se trouver élargi, du fait de l'incidence des prestations maladie du régime des non-salariés agricoles.

Un risque de trésorerie pèsera l'année prochaine sur la CCMSA, ce qui risque de faire naître un certain nombre d'incertitudes. Qu'en sera-t-il en 2010, le PLFSS reflétant une vision transitoire pour accompagner la disparition du FFIPSA ?

En 2008, le portefeuille d'actions du FRR a plongé. Depuis, son activité a un rendement égal au coût de ses capitaux, ce qui pose la question de la valeur créée. Je souhaiterais vous entendre sur ce point.

M. le ministre du budget. Par le biais de ce PLFSS, nous avons essayé de procéder à un reprofilage du système – les dettes sont là où elles doivent être, les dépenses ont été révisées et l'ONDAM est réaliste. Un tel exercice est utile et efficace. D'ailleurs, si le conseil d'administration de la CNAM n'a pas voulu y donner un avis défavorable, c'est qu'il n'y était pas totalement indifférent.

Peut-on dire que ce PLFSS soit « daté », pour reprendre l'expression de M. Bur ? Une telle question revient à poser celle de savoir si les recettes ont été ou non correctement évaluées. Or personne au monde ne peut le savoir puisque personne ne peut prévoir comment évoluera l'économie en 2009.

Nous avons prévu une progression de la masse salariale de 3,5 % : 0,2 % pour l'emploi et 3,3 % pour les salaires. C'est une hypothèse pour le moins prudente, si l'on veut bien se souvenir que, l'année dernière, la progression était de 4,5 % : 0,9 % pour l'emploi et 3,6 % pour les salaires. Nous verrons ensuite, en fonction des circonstances économiques. Je vous incite les uns et les autres à observer la plus grande prudence sur ce type de sujet. Mais il n'y a pas que la masse salariale parmi les recettes : il y a aussi les revenus du capital et les recettes fiscales. Et nous avons, notamment, réactualisé les mesures fiscales par rapport à l'année dernière.

On ne peut donc pas dire que le PLFSS soit « daté » ; il est simplement soumis à l'incertitude que nous connaissons aujourd'hui.

M. Door, le CSIS est présidé par le Premier ministre. Ce dernier a l'intention de le réunir et j'imagine que, dans quelque temps, il fixera une date à cet effet.

Mme Montchamp, vous avez évoqué les problèmes de gestion du risque financier qui ont touché les organismes de sécurité sociale.

Pour 2009, nous avons limité le plafond d'emprunt de l'ACOSS à 17 milliards, contre 36 milliards en 2008. Cette différence de près de 20 milliards s'explique par le fait que l'on reprend la dette de 27 milliards de l'ACOSS. Vous le savez, l'ACOSS est financée à la fois par la Caisse des dépôts et par un appel direct au marché en émettant des billets de trésorerie. Elle a eu un peu de mal à se financer ces derniers mois mais, depuis quinze jours, elle n'en a plus car elle a le même type de signature que les États.

Depuis toujours, la MSA a géré le FFIPSA – sauf en 2008. Elle gèrera maintenant la branche vieillesse des non-salariés agricoles. À titre principal, c'est Calyon ou la Société générale qui refinanceront ce régime. Il n'y a donc pas de problème. De toute façon, il y aura une autorisation d'emprunt et, en cas de difficulté, les organismes pourront se retourner vers

l'État. Cela dit, il faudra un jour compenser le coût de la reprise de l'assurance vieillesse auprès de la MSA. Nous verrons bien comment la situation évoluera. Nous avons quelques idées mais, en attendant, nous accordons des autorisations d'emprunt.

M. le président Pierre Méhaignerie. Pour financer les dépenses vieillesse, on ne pourra pas échapper au transfert d'une partie des cotisations de l'UNEDIC. Je rappelle que les cotisations chômage des pays européens sont en moyenne de 4 %, contre 6,4 % en France. La non-dégressivité, en particulier pour les cadres, rendent notre dispositif beaucoup plus coûteux. Parmi les mesures de courage auxquelles les rapporteurs nous appellent, celle-ci serait un élément clé, même si l'année 2009 n'est pas le meilleur moment de la négociation.

M. le ministre du budget. Je maintiens l'idée qu'il faut procéder à ce transfert. La hausse des cotisations vieillesse de 0,3 point correspond à 1,5 milliard, et l'excédent 2008 de l'UNEDIC sera de 4,5 milliards. Mais la dette s'est accumulée. Dans le contexte actuel, l'UNEDIC reviendrait à l'excédent en 2012, et non en 2010. Mais la situation peut aussi s'améliorer. Il n'y a donc pas de raison de ne pas le faire en 2009. En 2010 et en 2011, nous verrons ce que nous ferons.

M. Denis Jacquat, rapporteur pour l'assurance vieillesse. Avec ce PLFSS, qui est la traduction législative du rendez-vous de 2008 sur les retraites, l'engagement voté en 2003 est respecté. Mais ce PLFSS est également la concrétisation d'engagements solennels du Président de la République qui ont déjà reçu des réponses réglementaires, comme l'acompte de 200 euros sur le relèvement du minimum vieillesse ou la revalorisation de 0,8 % des pensions de retraite.

Le Gouvernement a souhaité axer le rendez-vous législatif sur deux thèmes : premièrement, le relèvement des petites pensions, ce qui amène à revoir les dispositifs du minimum contributif, du minimum vieillesse et des pensions de réversion, éléments visés par quatre articles du PLFSS ; deuxièmement, la gestion des âges de départ à la retraite et le soutien au maintien dans l'emploi des salariés âgés, ce qui conduit à aborder les questions relatives à l'âge légal de départ à la retraite, à l'évolution de l'âge effectif de liquidation des pensions, à la retraite anticipée pour carrière longue, aux modalités de calcul des pensions de retraite et aux limites d'âge professionnelles, éléments traités par huit articles du PLFSS.

La loi du 21 août 2003 visait à rééquilibrer et à sécuriser les régimes de retraite jusqu'en 2020. Elle n'est qu'une première étape du franchissement de la difficile transition démographique qui s'achèvera vers 2050. Le rendez-vous de 2008 confirme les orientations arrêtées en 2003, notamment le relèvement de la durée d'assurance limite.

Pourriez-vous, monsieur le ministre du travail, remettre en perspective la discussion du PLFSS et nous dire en quoi le projet de loi contribue à consolider les régimes de retraite français d'ici à 2020 ?

Concernant les petites pensions, je souhaiterais insister sur la réforme des pensions de réversion.

Tout d'abord, je me félicite que le PLFSS propose une mesure traitant à la fois le stock des pensions déjà liquidées et le flux des futures liquidations. Le dispositif proposé est un compromis équitable permettant d'améliorer la situation de 630 000 veuves et veufs.

Je reste vigilant concernant les veufs et les veuves. Le rétablissement de l'âge de cinquante-cinq ans pour le service des pensions de réversion s'accompagne du maintien de l'assurance veuvage pour les veuves de cinquante et un à cinquante-cinq ans. En 2009, une concertation, la plus large possible, sera engagée pour réfléchir à la réforme du droit à la réversion. Tout devra être remis à plat : taux de réversion, plafond de ressources, assurance veuvage, prise en compte des orphelins. Il faudra parvenir – notamment grâce aux travaux du Conseil d'orientation des retraites (COR) sur les avantages familiaux qui devraient aboutir avant la fin de cette année – à une proposition de réforme opérationnelle pour le début de l'année 2011. Quel est le calendrier de cette concertation et de la réforme de la réversion qui est envisagé ?

Monsieur le ministre du travail, vous menez depuis 2003 un combat personnel en faveur du maintien dans l'emploi des salariés âgés. Dans l'hémicycle, nous étions d'ailleurs tous les deux dubitatifs sur l'effet de certaines mesures, comme la surcote, mais optimistes sur d'autres, comme le traitement de la pénibilité – nous avons été les premiers à nous engager sur cette voie difficile.

Le PLFSS prévoit un grand ensemble de mesures de nature à relever l'âge moyen de départ à la retraite. Quelles sont vos projections sur l'effet de ces mesures ? La pénibilité n'est pas traitée, mais je sais que vous suivez activement ce dossier. Notre collègue Jean-Frédéric Poisson a présenté en mai dernier un rapport innovant à ce sujet.

M. Alain Néri. N'exagérons rien !

M. le rapporteur pour l'assurance vieillesse. En 2003, nous avons passé de nombreuses heures à parler de ce problème en séance publique, et il y eut un début de concertation. Il fallait aborder le sujet, même si ce fut difficile – les sujets les plus difficiles doivent être discutés par les parlementaires. Nous devons donc aboutir. Après l'absence de conclusion des négociations interprofessionnelles, quel est votre calendrier d'action ?

J'évoquerai enfin le relèvement à soixante-cinq ans des limites d'âge dans la fonction publique prévu à l'article 62 du PLFSS. Au regard des objectifs de réforme des systèmes de retraite, il ne serait pas incohérent de supprimer toute limite d'âge dans la fonction publique afin de laisser les fonctionnaires aptes physiquement poursuivre leur activité s'ils le souhaitent.

Mme Valérie Létard, secrétaire d'État chargée de la solidarité. Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 marque avec force la volonté du Gouvernement de poursuivre et d'amplifier l'effort de la collectivité envers nos concitoyens les plus fragiles : les personnes âgées et les personnes handicapées.

Ce n'est pas rien, dans le contexte contraint que nous connaissons, que de décider d'une progression de 6,3 % des moyens du secteur médico-social, portant ainsi l'effort de la collectivité à plus de 15,3 milliards d'euros, soit une augmentation de 920 millions d'euros par rapport à 2008.

Nous assurerons d'abord une réponse au défi du grand âge en finançant 16 700 places supplémentaires à domicile et en établissement à hauteur de 171 millions d'euros. Dans le cadre de la mise en œuvre du plan Alzheimer, ce sont en particulier 2 400 places en établissement et 3 250 places d'accueil de jour et d'hébergement temporaire qui seront spécifiquement dédiées à cette pathologie.

Notre effort portera également sur l'amélioration des moyens en personnel des établissements existants. En 2009, 10 000 emplois soignants supplémentaires seront financés, ce qui représente un effort de plus de 300 millions d'euros.

Le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 va également nous permettre de tenir nos engagements en faveur des personnes handicapées et de leurs familles.

Lors de la Conférence nationale du handicap du 10 juin dernier, le Président de la République a annoncé le lancement d'un nouveau plan pluriannuel de création de places au profit des personnes les plus lourdement handicapées : les 50 000 places prévues par ce plan seront toutes notifiées en cinq ans, et nous nous engageons à assurer leur ouverture effective au public sur sept ans.

En 2009, la mise en œuvre de ce plan pluriannuel va mobiliser près de 350 millions d'euros de mesures nouvelles, soit une progression de 4,6 % des moyens consacrés au financement des établissements et services pour personnes handicapées. Au total, 5 500 places nouvelles seront financées en 2009 sur le champ couvert par l'ONDAM médico-social, auquel s'ajoutent 1 400 places inscrites au budget de l'État au titre des établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

Comme vous le voyez, l'effort réalisé par l'assurance maladie est important. Mais il ne nous exonère pas de l'obligation de dépenser mieux. Ce projet de loi doit aussi être l'occasion de décider de mesures structurelles pour améliorer l'efficacité des dépenses de la collectivité.

L'objectif que nous nous sommes fixé est d'attribuer dorénavant les moyens en fonction du service rendu par les établissements, et non par rapport aux coûts antérieurs.

Nous souhaitons également engager une dynamique de convergence tarifaire des établissements pour personnes âgées, afin d'attribuer les moyens de l'assurance maladie de manière plus équitable qu'aujourd'hui. Alors que nous sommes redevables du moindre euro dépensé, il n'est plus possible de laisser subsister des écarts de 1 à 3 en termes de ressources pour un même service rendu.

Bien entendu, grâce à l'attribution des moyens nouveaux que j'évoquais à l'instant – 300 millions d'euros – plus de 80 % des établissements médico-sociaux pour personnes âgées verront leurs moyens progresser fortement. Seuls moins de 20 % des établissements devront augmenter leur service rendu afin de mettre celui-ci en adéquation avec leurs moyens. Il ne s'agira en aucun cas de réduire les moyens existants : il s'agira de les optimiser.

Dans le même esprit, la tarification sera simplifiée à l'horizon 2010, de façon à laisser plus de liberté et de responsabilité aux gestionnaires.

Enfin, le PLFSS pose le principe de l'intégration des médicaments dans les forfaits de soins des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) en 2010. Cette mesure importante a pour objectif essentiel d'inciter l'ensemble des acteurs – prescripteurs, gestionnaires, pharmaciens d'officine – à lutter contre la surconsommation médicamenteuse, dont chacun s'accorde à considérer qu'elle constitue un grave problème de santé publique.

Comme vous le constatez, ce projet de loi de financement de la sécurité sociale se veut responsable et volontariste : responsable, car il n'existe pas à long terme de réponse efficace aux besoins sociaux sans la mise en place de mécanismes garantissant un usage équitable des fonds publics ; volontariste, car nos concitoyens les plus fragiles attendent de nous un effort accru de solidarité à leur égard.

Mme Nadine Morano, secrétaire d'État chargée de la famille. Notre pays a la formidable chance d'avoir une natalité robuste, avec une moyenne de deux enfants par femme. Notre politique familiale est structurée, diversifiée et bien des pays européens nous l'envient. Elle représente aujourd'hui une masse financière de 88,3 milliards d'euros et 4,7 % de notre produit intérieur brut – contre 2,5 % en moyenne chez nos voisins. Le taux d'activité des femmes est de 82 %. Nous souhaitons, conformément à un engagement du Président de la République, développer des modes de garde adaptés à leurs pratiques professionnelles, ce qui contribuera à améliorer encore le taux de natalité. Notre objectif est de créer, d'ici à 2012, entre 200 000 et 400 000 offres de garde supplémentaires.

Nous avons souhaité, avec Xavier Bertrand, répondre à l'attente de nos concitoyens en fonction de critères assez précis. De nombreux salariés travaillent en horaires atypiques : 18 % travaillent au moins une nuit par mois ; 42 % au moins une soirée par mois ; 23 % au moins un dimanche par mois ; 26 % au moins une journée de dix heures par mois. Nous prévoyons donc que le complément de libre choix du mode de garde soit majoré de 10 % pour compenser les surcoûts liés à l'intervention d'une assistante maternelle ou d'une garde à domicile. Le coût de cette mesure est estimé à 25 millions d'euros.

Deux autres mesures ont pour ambition d'assouplir l'encadrement de la profession d'assistante maternelle. Il s'agit d'augmenter le nombre de places tout en veillant à garantir aux jeunes enfants tout le professionnalisme et toute la sécurité dont ils ont besoin.

Nous proposons, d'abord, d'autoriser à titre expérimental le regroupement des assistantes maternelles dans un local commun. C'est une demande très forte de nombreux élus, mais aussi de représentantes de la profession. Il s'agit de permettre aux collectivités territoriales et aux assistantes maternelles de s'organiser d'une façon optimale en s'appuyant sur des structures souples. Cela répond aussi à une demande de certains parents qui ont besoin de faire garder leurs enfants tôt le matin ou tard le soir. Le coût de la mesure est chiffré à 5 millions d'euros.

Nous souhaitons, ensuite, modifier le taux d'encadrement des enfants par les assistantes maternelles. Si nous comparons la situation française avec celle de nos voisins européens, nous constatons que nos normes sont trop contraignantes. Ainsi, dans les pays nordiques et en Allemagne, une assistante maternelle peut garder jusqu'à cinq enfants, dans des conditions de sécurité et de confort identiques. Nous souhaitons – et c'était une proposition du rapport de votre collègue Michèle Tabarot – porter de trois à quatre le nombre d'enfants gardé par les assistantes maternelles. D'après nos évaluations, cela devrait permettre de dégager, dès l'année 2009, environ 10 000 nouvelles places de garde. Le coût induit d'une telle mesure est estimé à 50 millions d'euros par la direction de la sécurité sociale.

Les mesures « famille » de ce projet de loi de financement de la sécurité sociale se situent donc dans la droite ligne d'une politique familiale forte, ambitieuse, audacieuse, mais aussi pragmatique et inventive, voulue par tous les Français parce qu'elle correspond à leurs pratiques professionnelles.

M. Hervé Féron, rapporteur pour la famille. Je déplore, cette année encore, que la branche famille soit le parent pauvre du PLFSS. Nicolas Sarkozy avait pourtant affiché une grande ambition en annonçant, à l'horizon 2012, un « droit opposable à la garde d'enfants ». Il est bon qu'une telle expression ait disparu des discours : d'abord, parce que je ne pense pas que cela soit réalisable ; ensuite, parce que ce n'était pas la bonne façon d'aborder le sujet.

Je n'ai vu aucune traduction concrète d'une quelconque ambition dans le projet de loi. Pour autant, la création d'ici à quatre ans de 200 000 à 400 000 places d'accueil, tous modes de garde confondus, constitue un vrai défi. Tous les acteurs de la politique familiale que j'ai pu rencontrer lors de différentes auditions regrettent l'attentisme actuel et déplorent surtout le manque de visibilité de la politique familiale, à court, moyen et long termes. La création d'un Haut conseil de la famille est indispensable à une politique familiale ambitieuse, concertée et cohérente. Les quelques mesures qui nous sont proposées manquent d'ailleurs cruellement de cohérence.

L'article 70 du PLFSS prévoit de transférer à la branche famille le financement intégral des majorations de pensions servies aux parents ayant élevé trois enfants. Pour 2009, la contribution de la CNAF sera de 70 %, soit une charge supplémentaire de 415 millions d'euros. Je remarque qu'une telle somme équivaut à l'excédent de la branche dégagé en 2008. Comment afficher des ambitions pour la politique familiale si la branche famille perd toute marge de manœuvre ? La situation semble encore plus préoccupante pour 2010 et 2011 puisqu'une telle contribution atteindrait respectivement 1,1 et 1,8 milliard d'euros. Pouvez-vous confirmer ces chiffres ?

Lors de la dernière commission des comptes, madame la secrétaire d'État, vous avez annoncé que le Fonds national d'action sociale (FNAS) augmenterait de 6 % par an au cours de la prochaine convention d'objectifs et de gestion 2009-2012. Vous avez affirmé par ailleurs vouloir créer au moins 22 000 places de crèche par an. Mais comment trouver les moyens financiers nécessaires pour financer ces investissements, alors que l'on nous affirme qu'avec une augmentation de 6 % par an on ne pourra créer que 7 300 places ?

Comment prévoir une planification pluriannuelle du financement des établissements d'accueil de jeunes enfants ? Le financement doit-il relever de l'action sociale ?

Ne faut-il pas s'interroger sur le rôle respectif de la branche famille et des collectivités locales dans l'organisation des modes de garde collectifs ?

Pensez-vous opportun de préciser les compétences des uns et des autres pour permettre un diagnostic sur l'état de l'offre de garde et une planification des équipements futurs ?

Enfin, un article du PLFSS est consacré à l'assouplissement des conditions d'exercice des assistants maternels. Jugez-vous souhaitable de faire évoluer les missions du conseil général et du service de protection maternelle et infantile (PMI) dans le domaine de la petite enfance ? Ne faudrait-il pas publier des référentiels nationaux pour harmoniser les pratiques des PMI, ces dernières ayant des interprétations variables, selon les territoires, des normes exigibles pour l'ouverture des établissements d'accueil ou des critères d'agrément des assistants maternels.

M. le président Pierre Méhaignerie. Notre politique sociale est tout de même très ambitieuse : nous lui consacrons 3,5 points de PIB de plus que la moyenne des quatorze autres pays – sur les Quinze pays européens pris en compte – qu’il s’agisse du logement, de la famille ou de l’emploi. La conséquence en est que le coût de l’heure de travail de la France figure au troisième rang, mais que le salaire direct est au dixième rang, alors que le salaire indirect est très élevé. Il n’est pas impossible que, dans deux ou trois ans, nous dépassions l’État providence suédois à cet égard. Face à de tels chiffres, une exigence d’efficacité s’impose : d’où l’importance des chiffres de ce projet social.

M. Jean-Marie Le Guen. Je voudrais d’abord remercier les ministres pour leur présentation budgétaire car, en les écoutant, on a le rare plaisir de ne pas se sentir vieillir : chaque année, c’est la même chose !

Chaque année, on nous présente une comptabilité de l’année précédente dont le déficit approche les 10 milliards d’euros ; c’est en tout cas ce qui se passe depuis 2002. Une année sur deux ou trois, on assiste à la reprise de la dette sociale, qui avoisine 50 milliards, 80, ou 27, comme cette année.

Le ministre nous annonce allégrement qu’il va alléger les charges pesant sur l’année actuelle en faisant transférer des déficits de trésorerie qui pèsent sur l’ACOSS ou sur les comptes de l’assurance maladie. Nous avons donc des raisons de nous réjouir : nous allons dépenser un petit peu moins en frais financiers dans le cadre de ce PLFSS parce que nous allons alourdir de 27 milliards d’euros la dette sociale qui pèse sur la sécurité sociale !

Chaque année aussi, on nous présente un ONDAM sans l’assortir toujours de mesures concrètes. On nous annonce 2,2 milliards d’euros d’économies dans le cadre de la maîtrise médicalisée, mais on serait bien en peine de nous expliquer comment on pourra y parvenir.

Chaque année encore, avec une imagination débordante, les services de votre ministère « fabriquent », en quelque sorte, une présentation particulière des comptes. Cette année, c’est l’ONDAM médico-social qui est particulièrement touché par cette poussée créative. À tel point que la Caisse nationale de solidarité pour l’autonomie (CNSA) – qui n’est pas un organisme très contestataire – et son président, M. Cordier, ont refusé d’adopter les comptes de la caisse.

Tout cela étant habituel, devrions-nous nous en émouvoir plus particulièrement ? Je le crois : cette année, nous passons d’une gestion délétère et d’une présentation irréaliste à une situation véritablement surréaliste. En effet, votre présentation de la comptabilité de la sécurité sociale ne prend pas en compte la réalité de la crise économique qui affecte déjà la France et va considérablement s’amplifier dans les mois qui viennent, surtout si l’on ne prend pas les mesures économiques qui s’imposent.

Cette crise économique aura évidemment des conséquences sociales, en premier lieu sur le niveau de chômage et de précarité de nos concitoyens. Le reste à charge sera plus difficile à assumer et les recettes de la sécurité sociale seront encore plus fragilisées.

J’aimerais bien penser, comme Yves Bur, qu’en 2009 la crise se traduira seulement par une baisse des recettes de quelques centaines de millions d’euros. Mais on sait déjà que les comptes sont fondés sur une progression des cotisations sociales de la masse

salariale de 3,5 %. Si la croissance a du mal à dépasser 0 %, je ne suis pas du tout certain que la masse salariale puisse aller bien au-delà.

Nous risquons de connaître une dégradation très significative de l'accès aux soins et des comptes de l'assurance maladie. Il est moralement insupportable de constater que les pouvoirs publics ont trouvé la légitimité, et la ressource, d'intervenir massivement pour préserver notre système bancaire d'une crise systémique, alors que nous risquons d'entrer dans les mois ou les années qui viennent dans une crise sanitaire qui aura, elle aussi, un caractère systémique.

En tant que parlementaires, vous savez tous, mes chers collègues, ce qu'est la désertification médicale, tout comme l'impossibilité, pour une partie croissante de la population, d'accéder à des soins de bonne qualité, sans oublier les problèmes rencontrés par les hôpitaux publics.

On peut toujours se féliciter du non-dépassement de l'ONDAM hospitalier, ce qui ne résulte que d'une décision administrative. Mais on ne dit pas que les hôpitaux connaissent des déficits considérables, qui dépassent aujourd'hui 750 millions d'euros.

Le taux de progression de l'ONDAM a été fixé à 3,1 %. Mais ce n'est que 1 % de plus que ce qu'exige la reconduction des moyens existants, en raison de la progression de la masse salariale. Dans un hôpital, 70 % des charges sont liées au personnel et ne sont pas directement compressibles.

L'assurance maladie connaît une situation très tendue. Sur les retraites, on ne peut pas dire que l'on avance. Monsieur le ministre du travail a l'intention de convoquer des commissions pour parler de la pénibilité. Je rappelle que c'était déjà un des thèmes en discussion en 2003, au moment de la réforme Fillon. Monsieur le député de l'époque et monsieur le ministre d'aujourd'hui, trouvez-vous normal, cinq ans plus tard, d'en être encore à instituer des commissions et à consulter des partenaires sociaux sur des éléments qui pourraient constituer des blocages ? Ce n'est pas le sens de l'urgence sociale et de l'équité qui vous tarade !

M. le président Pierre Méhaignerie. M. Le Guen, en 2003 ont été institués les départs anticipés à la retraite, qui sont une forme de soutien pour ceux qui ont eu des métiers pénibles.

M. Jean-Marie Le Guen. En m'interrompant, monsieur le président, vous soulignez que ce qui figurait dans l'amendement de M. Xavier Bertrand, à savoir la nécessité d'avancer sur la question de la pénibilité, n'a pas été réalisé. Et je souligne fort modestement que ce qui faisait partie des engagements de 2003 n'a toujours pas été mis en œuvre et n'est pas non plus près de l'être.

Votre politique familiale fait preuve d'un défaut d'ambition notoire, en dépit de tous les adjectifs d'« auto-promotion » utilisés par Mme Morano, qui aurait pu en égrener encore pendant plusieurs minutes en utilisant un dictionnaire des synonymes pour compléter la présentation du projet de loi.

Nous ne sommes plus dans la continuité : nous sommes en train de changer de rythme. Les réformes se font attendre. On en discutera lors de la loi « Hôpital, patients, santé et territoires ». L'hémorragie financière affectera de façon délétère et dramatique la sécurité

sociale. Le choc sanitaire que nous allons connaître dans les mois qui viennent changera la nature de notre système de protection sociale.

M. Jean-Luc Prél. Un projet de loi qui porte sur 442 milliards d'euros et qui concerne la vie de tous nos concitoyens mériterait sans doute un temps de discussion un peu plus long... Je ne m'étendrai pas sur les progrès importants qu'il apporte, concernant notamment la maîtrise médicalisée et la création de places en services de soins à domicile, en maisons de retraite médicalisées et en gardes d'enfants, pour me concentrer sur quelques questions.

La prévision de recettes est fondée sur une hypothèse de progression de 1 % du PIB et de 3,5 % de la masse salariale, ce qui paraît bien optimiste. Or 1 point de masse salariale, c'est 2 milliards de recettes. Je ne peux que souhaiter que le Gouvernement ait raison... La taxe sur les complémentaires est-elle exceptionnelle, ou sera-t-elle renouvelée les années suivantes ?

Quant à la reprise de la dette, je demandais chaque année qu'elle se fasse dans la CADES, qui a été créée pour cela ; je l'approuve donc. Mais reste à examiner le financement : la CADES avait un financement limpide, puisqu'elle était financée par la CRDS. Celle-ci ayant la même base que la CSG, la logique aurait été d'augmenter la CRDS de 0,2 point et de baisser d'autant la CSG affectée au FSV. Mais pour éviter de remettre le FSV en déficit, le mieux est de ne baisser que de 0,1 point la CSG du FSV. Je déposerai des amendements en ce sens.

Autre élément intéressant : la reprise par l'État de la dette du FFIPSA ; mais si j'ai bien compris le mécanisme d'adossement à la CNAM pour la maladie, en revanche j'aimerais avoir quelques précisions sur ce qui est prévu en matière de retraites. Par ailleurs, le FFIPSA étant destiné à disparaître, quel est l'avenir de la MSA ?

Ma troisième interrogation concerne le basculement de 0,3 % de la cotisation chômage vers la branche retraites. L'UNEDIC est gérée paritairement, et j'avais cru comprendre que l'on voulait renforcer le rôle des partenaires sociaux : pourquoi anticiper sur leur décision ? En outre, à un moment où le chômage repart à la hausse, ce basculement est-il raisonnable ?

L'ONDAM à 3,3 % est réaliste, mais je constate qu'il n'est toujours pas médicalisé. Le sera-t-il un jour ? Par ailleurs, la réforme mettant en place les agences régionales de santé n'est certes pas encore votée, mais la logique serait de voter des objectifs régionaux de dépenses d'assurance maladie et non pas des sous-objectifs nationaux sectoriels.

Je m'interroge aussi sur les franchises médicales. Combien ont-elles rapporté en 2008 ? Qu'ont-elles permis de financer ?

Je proposerai dans la discussion quelques économies, notamment sur l'opération de la cataracte, qui pourrait sans doute être faite en ambulatoire, ainsi que sur les médicaments fournis dans les maisons de retraite : est-il judicieux d'intégrer dans le forfait de soins de celles-ci des médicaments qui sont prescrits par les médecins traitants ?

M. Alain Néri. Très bonne question.

M. Jean-Luc Prél. En ce qui concerne la branche vieillesse, quel sera le taux de revalorisation des retraites en 2009 ? Quant aux pensions de réversion, il est bien de

revaloriser les plus faibles ; mais force est de constater qu'il s'agit de plus en plus d'une aide sociale, et non plus de droits acquis par les cotisations du conjoint décédé.

Mme Martine Billard. Ce PLFSS me paraît plus « daté », comme l'a dit M. Bur, qu'« ambitieux », comme le disait M. Door. Vous vous obstinez à vouloir transférer 0,3 point de l'UNEDIC – géré paritairement – à la CNAV, alors qu'on entend déjà depuis quelques semaines des annonces de licenciements liées à la crise ; cela veut-il dire que les allocations chômage sont appelées à diminuer ?

Je rejoins notre collègue Jean-Marie Le Guen sur le fait que ce PLFSS ne contient pas beaucoup de nouveautés. On n'y trouve toujours rien sur le problème des dépassements d'honoraires, toujours rien sur les exonérations de cotisations, dont la Cour des comptes met en cause le bien-fondé. Vous avez même introduit un nouveau manque à gagner avec les exonérations, non compensées, de cotisations sur l'indemnité de rupture conventionnelle.

Je partage le souhait de M. Jean-Luc Préel d'avoir des précisions sur ce qu'ont rapporté les franchises ; et comme lui, j'aimerais savoir si la ponction sur les complémentaires va être limitée à 2009 ou être pérennisée. En cas de pérennisation de la taxe, les réserves des complémentaires n'étant pas inépuisables, les complémentaires vont devoir augmenter les cotisations de leurs adhérents, au risque de contraindre certains de nos concitoyens à renoncer à s'y affilier. Je souligne que la taxe sur l'industrie pharmaceutique, elle, n'augmente pas.

En ce qui concerne l'amiante, vous proposez de supprimer la cotisation spécifique et d'augmenter la cotisation AT-MP. Est-il juste de faire payer par l'ensemble des entreprises le fait que certaines ont été irresponsables ?

Pour l'interruption volontaire de grossesse (IVG), certes la prise en charge a été un peu réévaluée, mais elle reste tellement faible qu'on trouve de moins en moins de praticiens pour pratiquer cet acte en hôpital public.

Au total, ce PLFSS suscite l'inquiétude car il accentue l'évolution vers une médecine à deux vitesses. En ce qui concerne les retraites, le report de l'âge de départ à la retraite à 62 ans et demi, comme le demande le MEDEF, aurait pour conséquence d'aggraver les inégalités entre les salariés qui ont commencé à travailler tôt, obligés de travailler encore plus longtemps, et ceux qui ont commencé à travailler tard.

Mme la ministre de la santé. L'ONDAM fixé est-il réaliste ? Je réponds oui, M. Bur, comme l'ont fait les partenaires consultés sur ce sujet ; 3,3 %, c'est le taux d'évolution qui a été constaté l'an dernier. Au demeurant, les outils introduits dans la loi de financement de 2008, qui s'ajoutent à ceux de 2005, permettent de surveiller les choses de très près.

M. Door, le développement de la filière universitaire de médecine générale est une absolue nécessité. Nous avons créé l'an dernier 20 postes de chef de clinique de médecine générale et nous en créons à nouveau 20 cette année, afin que chaque unité de formation et de recherche (UFR) en médecine puisse en être dotée dès la rentrée universitaire. Le déploiement de la filière va être programmé sur les cinq années à venir, au rythme minimum d'une création de poste d'enseignant titulaire par an et par UFR, soit un total de 200 emplois universitaires. Nous travaillons aussi à la rédaction d'un décret définissant l'activité de soins que ces personnels devront exercer conjointement à leur activité universitaire, ainsi qu'à la mise en place de la commission d'intégration qui permettra de nommer des professeurs des universités

de médecine générale (PU-MG) et des maîtres de conférence des universités de médecine générale (MCU-MG). Il est proposé que leur activité de soins puisse être en partie rémunérée forfaitairement, sur la base d'un contrat passé entre les enseignants de médecine générale et les union régionales des caisses d'assurance maladie (URCAM) – en attendant la mise en place des ARS. Il paraît indispensable que nous puissions, dès cette année, nommer un PU-MG dans chacune des sept interrégions universitaires. Enfin, j'ai tenu une conférence de presse avec des représentants des étudiants et des internes de médecine générale, dans la perspective du recrutement des maîtres de stage.

S'agissant toujours de la démographie médicale, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2008 prévoyait l'application par voie conventionnelle de mesures de régulation positives et négatives de la répartition de l'offre de soins ambulatoires, selon un zonage couvrant l'ensemble du territoire ; le zonage a été réalisé, les mesures de régulation sont en cours de discussion entre les partenaires conventionnels et s'intégreront dans le cadre général du projet de loi que je présenterai dans quelques semaines.

En ce qui concerne le dossier médical personnel (DMP), l'article 35 du PLFSS tend à créer une agence des systèmes d'information de santé partagés – ASIP –, regroupant les missions exercées actuellement par le groupement d'intérêt public du dossier médical personnel (GIP DMP), le groupement d'intérêt public carte de professionnels de santé (GIP CPS) et le département interopérabilité du groupement d'intérêt public pour la modernisation du système d'information hospitalier (GMSIH). Cette agence a pour vocation de relancer le projet de DMP en prenant appui sur des expériences pilotes nationales et locales, lesquelles se dérouleront jusqu'en 2010, dans un objectif de convergence dès 2011.

Quant aux négociations conventionnelles, elles ont abouti à une première série de conclusions le 24 juillet, portant sur de nombreux chapitres – régulation de la démographie médicale, limitation des dépassements d'honoraires, secteur optionnel, contrats individuels, maîtrise médicalisée, rééquilibrage des rémunérations entre les spécialités ; elles ont repris le 25 septembre sur le passage éventuel du tarif de la consultation de médecine générale – le tarif C – à 23 euros et la répartition sur le territoire et elles doivent aboutir avant la fin de l'année. Nous souhaitons qu'il en soit de même pour les négociations sur la baisse des tarifs des radiologues et des biologistes.

En ce qui concerne les dépassements d'honoraires, Mme Martine Billard ne peut pas dire que rien n'a été fait, bien au contraire. Vous m'interrogez, M. Door, sur le bilan de l'article 39 de la loi de financement pour 2008, donnant aux caisses d'assurance maladie la possibilité de sanctionner les médecins : le Conseil national de l'ordre des médecins a été saisi de 12 plaintes, les caisses d'assurance maladie de 500 ; l'écart entre les deux chiffres est significatif. Bien sûr, la poursuite directe par la caisse d'assurance maladie doit se faire selon une procédure contradictoire. Le décret actuellement en cours de concertation prévoit en outre l'information systématique de l'Ordre des médecins lorsque l'échelon local d'assurance maladie notifie le début d'une procédure.

Sur la T2A, sujet sur lequel vous avez été nombreux à m'interroger, le rapport que je vous dois sera entre vos mains à la fin du mois. Nous en sommes à la quatrième année, et la réforme n'a pas encore produit tous ses effets. Elle concerne la médecine, la chirurgie, l'obstétrique et l'odontologie (MCO), et inclut l'hospitalisation à domicile et la dialyse. Aux tarifs de séjour et tarifs de prestation s'ajoutent le paiement des médicaments et dispositifs médicaux implantables. Nous élargirons ensuite la T2A aux activités de soins de suite et de psychiatrie. Par ailleurs, le service de santé des armées, actuellement financé par dotation

globale, va bientôt passer à la T2A. Une période de transition est prévue jusqu'en 2012, cette réforme impliquant une redistribution des moyens financiers au sein de chaque secteur entre les établissements. Pour le secteur privé, la réforme implique une redistribution de 140 millions d'euros sur la période ; pour le secteur public, cette réallocation des moyens concerne 1,3 milliard sur la période 2005-2012, dont 540 millions entre 2008 et 2012.

Le modèle de la T2A est évolutif ; dans la nouvelle campagne tarifaire, une nouvelle version de la classification, dite V 11, introduira un coefficient de précarité et un coefficient de sévérité des cas. En ce qui concerne les missions d'intérêt général et d'aide à la contractualisation (MIGAC), nous avons mis en place un nouveau modèle de financement des missions d'enseignement, de recherche, de référence et d'innovations (MERRI) ; les ressources sont fixées en fonction d'indicateurs de résultats.

Par ailleurs, cette réforme est accompagnée par celle du régime budgétaire et comptable des établissements et par le soutien à l'investissement dans le cadre du plan « Hôpital 2012 », auxquels il faut ajouter le projet de loi que je vous présenterai très prochainement, qui comportera notamment des dispositions sur la gouvernance de l'hôpital et sur la qualité des soins. Enfin, l'article 41 de ce PLFSS tend à créer une Agence nationale d'appui à la performance (ANAP).

J'en viens, M. Door, au décret de mai 2008 relatif à l'activité libérale dans les hôpitaux. Sur les 38 200 praticiens statutaires pouvant y prétendre, 4 300 exercent une activité libérale à l'hôpital. Un tiers seulement, soit 1 600, le font en secteur 2 et sont donc autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires. Nous sommes attachés à la possibilité, pour les praticiens statutaires à temps plein, d'exercer une activité libérale à l'hôpital, dans le respect des règles nécessaires à la préservation du service public hospitalier. Dans son arrêt du 19 juillet 2007, prise à l'issue d'un recours formé par le Syndicat national de défense de l'exercice libéral de la médecine et par le Syndicat national de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, le Conseil d'État a jugé que la disposition qui retenait une assiette de redevance différente selon que les actes réalisés par les praticiens dans le cadre de leur activité libérale étaient ou non pris en charge par l'assurance maladie était illégale. Sa jurisprudence a ainsi évolué, en rapprochant ce régime de redevance de celui de la redevance pour occupation du domaine public. Il faut donc retenir comme assiette la totalité des honoraires perçus par les praticiens, que les actes soient remboursés ou non. Pour répondre aux inquiétudes des praticiens, le Gouvernement a décidé de publier un nouveau décret confirmant l'élargissement de l'assiette mais baissant les taux de redevance. Une circulaire du ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative et du ministre du budget, des comptes publics et de la fonction publique permettra d'appliquer les règles antérieures sur la période intermédiaire entre l'arrêt du Conseil d'État du 19 juillet 2007 et la parution du nouveau décret. La grève du codage, lancée par le Syndicat national de défense de l'exercice libéral de la médecine, est un mouvement illégal qui a pénalisé les établissements publics de santé ; il s'agissait, en pratique, de ne pas transmettre à la direction de l'établissement le codage des actes effectués. Cette grève du codage n'a été suivie que par une centaine de médecins au plus fort du mouvement ; elle était presque exclusivement cantonnée à l'Assistance publique – Hôpitaux de Paris (AP-HP) et a fait en outre l'objet d'une condamnation de la commission médicale d'établissement de celle-ci. Elle est terminée depuis le 4 octobre.

M. Le Guen a tort quand il dit que le taux de couverture par l'assurance maladie s'est dégradé : il est resté stable pendant ces dix dernières années et s'établit à près de 77 %. Avec la couverture apportée par les organismes complémentaires, nous avons l'un des plus

forts taux de couverture solidaire du monde, sinon le plus fort, puisqu'il atteint 90 %. De plus, si au début de l'année 8 % de nos concitoyens n'avaient pas de couverture complémentaire santé, j'ai déjà pu faire baisser ce taux de 11 % et je continuerai. En revanche, le « reste à charge » s'est restructuré, du fait de la baisse du ticket modérateur sur certaines prestations et de l'augmentation de la prise en charge des affections à longue durée.

Concernant le déficit des établissements de santé, le Gouvernement entend mener une action résolue qui s'est déjà traduite par diverses mesures. Le déficit de ces établissements n'est pas une fatalité ; à structures équivalentes, certains ne le sont pas, voire sont en excédent. Mes services sont donc mobilisés pour suivre la situation de certains établissements, en particulier des centres hospitaliers universitaires (CHU). Dans le cadre des contrats de retour à l'équilibre (CRE), j'aiderai tous les établissements qui en auront besoin.

J'en viens à la taxe sur les organismes complémentaires, sur laquelle m'ont interrogée M. Préel et Mme Billard. Elle existait déjà, au taux de 2,5 %. Nous le portons à 5,9 %. Le produit de cette augmentation est intégralement affecté au Fonds CMU, affectataire de la taxe existante, afin de clarifier le financement de la protection complémentaire à destination des plus démunis. Les autres recettes actuelles du Fonds CMU pourront ainsi être affectées à l'assurance maladie. Il est juste de demander ce reversement aux organismes complémentaires, que la dynamique engagée sur les affections de longue durée soulage de 600 millions d'euros par an. Je remercie le président de la Mutualité française, M. Jean-Pierre Davant, d'avoir indiqué qu'il pouvait assurer ce reversement légitime à l'assurance maladie sans augmentation des cotisations.

M. Gérard Bapt. Cette année...

Mme la ministre de la santé. M. Préel et Mme Billard m'ont interrogée sur les franchises médicales : je vous ferai parvenir le rapport sur ce sujet avant la fin du mois. Le montant des économies induites – 800 millions – est proche de la prévision – 850 millions – ; il résulte pour 86 % de la franchise sur le médicament, pour 11,5 % des actes d'auxiliaires médicaux et pour 2,5 % de la franchise sur les transports. La franchise n'a pas eu d'impact sensible sur l'évolution des volumes de ces prestations ; elle a contribué à un essor des grands conditionnements. Les mécanismes de plafonnement ont joué leur rôle. À la mi-année, un peu moins de 6 % des assurés du régime général et 19 % des assurés bénéficiant d'une prise en charge au titre des affections de longue durée (ALD) avaient atteint le plafond. Le produit des franchises alimente l'assurance maladie et permet de financer, comme je l'avais annoncé, les dépenses médico-sociales, les dépenses sanitaires et le plan Alzheimer ; c'est d'ailleurs pourquoi l'ONDAM médico-social a enregistré en 2008 une progression de 6,8 %. Enfin, les franchises n'ont pas provoqué de phénomène de renoncement aux soins. On ne relève pas non plus d'effet sur la consommation d'actes d'auxiliaires médicaux ni sur les transports médicalisés.

En ce qui concerne l'IVG, Mme Billard, le forfait a été revalorisé de 20 %, ce qui n'est pas rien. Par ailleurs, j'ai pris des dispositions sur les IVG médicamenteuses.

S'agissant enfin des EHPAD, un rapport de l'Inspection générale des affaires sociales (IGAS) a remis à plat les conventions qu'ils ont conclues avec les pharmaciens d'officine. Valérie Létard et moi-même menons une concertation avec les professionnels afin de définir des règles. Un projet de décret va clarifier la possibilité juridique, pour le pharmacien, de préparer des piluliers selon les bonnes pratiques ; un arrêté, qui va prochainement être discuté avec les pharmaciens, les représentants des EHPAD et les

médecins coordonnateurs, établira la convention type officine-EHPAD. L'intégration du coût des médicaments dans les forfaits EHPAD est une opportunité à saisir ; elle permettra à l'EHPAD de s'orienter vers la pharmacie qui aura une réelle valeur ajoutée, et non plus vers celle qui accorde le meilleur niveau de remise. Nous nous laissons au moins toute l'année 2009 pour mettre en œuvre cette démarche qualité, et nous sommes ouverts aux propositions pour l'améliorer.

M. le ministre du travail. En ce qui concerne le Fonds de réserve des retraites (FRR), évoqué par Mme Montchamp, la performance ne doit pas être appréciée sur un an, mais à long terme. Les partenaires sociaux n'ont jamais remis en cause le choix qui a été fait.

Pour répondre à MM. Yves Bur et Denis Jacquat, le rendez-vous 2008 sur les retraites a permis de confirmer la réalité des économies. L'âge légal, Mme Billard, est à 60 ans et j'aimerais d'ailleurs que ce soit aussi l'âge réel de départ à la retraite, alors que celui-ci est aujourd'hui de 58,7 ans : cela permettrait de régler immédiatement 10 à 15 % du problème de financement. Nous prenons de nouvelles mesures pour dynamiser l'emploi des seniors, tant en direction des entreprises – avec les plans emploi seniors – qu'en direction des salariés – en facilitant le cumul emploi-retraite et avec la surcote. Par ailleurs, nous avons pris la décision courageuse du passage à 41 ans de la durée d'assurance de référence ; les Français comprennent bien que si l'on vit plus longtemps, il est possible de travailler un peu plus longtemps. En ne prenant aucune mesure, on aboutit à un déficit 13 milliards en 2012 ; avec ces mesures et les redéploiements prévus, on tombe à 2,3 milliards.

En ce qui concerne la revalorisation des retraites, la date du 1^{er} avril est bien préférable à celle du 1^{er} janvier car la hausse des prix de l'année passée est alors connue et celle de l'année en cours mieux cernée. En outre, c'est aussi la date retenue pour la revalorisation des pensions complémentaires. Nous avons là-dessus entendu les messages que vous nous aviez adressés.

Sur les pensions de réversion, et plus largement sur les avantages conjugaux et familiaux, le COR doit rendre son rapport d'ici à la fin 2008. Je souhaite engager une large concertation sur cette base, pour aboutir à des mesures opérationnelles au moins en 2011, sinon avant.

M. Jean-Luc Prél a évoqué la reprise de dette du FFIPSA, qui permet d'alléger ses charges de 200 millions dès 2009 ; mais nous travaillons à des solutions plus structurelles.

Concernant les cotisations d'assurance chômage, nous appliquons ce qui a été décidé en 2003 ; tout figurait dans l'exposé des motifs du projet de loi portant réforme des retraites. Les prévisions communiquées par l'UNEDIC confirment que nous avons la possibilité de continuer à augmenter les cotisations vieillesse et à diminuer d'autant les cotisations chômage ; il n'y aura, j'y insiste, aucune augmentation des prélèvements obligatoires pesant sur les entreprises.

La pénibilité est un sujet sur lequel j'ai montré que j'avais de la suite dans les idées. J'avais déposé un amendement en 2003 pour demander aux partenaires sociaux de négocier. Les négociations ont duré trois ans : qu'on ne me reproche pas de ne pas être intervenu avant leur achèvement ! Elles n'ont pas pu aboutir et je le regrette. Nous reprenons donc le dossier ; j'ai des rencontres bilatérales avec les partenaires sociaux, puis nous aurons une discussion tripartite.

Quant à la suppression de la contribution des entreprises au financement du Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante, évoquée par Mme Billard, elle n'enlève pas de recettes et elle ne déresponsabilise pas. Que faire quand on attend 100 millions d'euros et qu'on n'en recouvre que 30 ? Que penser lorsqu'à cause de cette contribution, une entreprise ne peut pas être reprise et doit déposer le bilan ? Mon rôle est de trouver des solutions pragmatiques : c'est pourquoi je propose de changer de système. La mutualisation permet de garantir les ressources.

(M. Jean-Pierre Door remplace M. Pierre Méhaignerie à la présidence)

M. Jean-Pierre Door, président, lit l'intervention préparée par M. Roland Muzeau, qui a dû quitter la séance :

« Contrairement aux engagements pris, ce PLFSS ne contient aucune mesure de nature à rendre plus juste et moins opaque le dispositif de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante. Alors que la justice accepte désormais d'indemniser des salariés pour perte de revenus liée à un départ anticipé à la retraite du fait de l'amiante, confirmant ainsi le bien-fondé de la demande récurrente d'augmentation de l'allocation de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (ACAATA), vous faites le choix de supprimer la contribution spéciale des employeurs au Fonds de cessation anticipée d'activité des travailleurs de l'amiante (FCAATA) et de faire ainsi reposer le poids du financement du fonds amiante sur la branche AT-MP. Pourquoi ? Avez-vous décidé de restreindre l'accès au dispositif de cessation anticipée d'activité aux seules personnes malades, atteintes d'un mésothéliome ou surexposées à ce risque ?

« Samedi dernier, à l'occasion d'une nouvelle manifestation nationale des victimes de l'amiante, les associations ont interpellé la garde des sceaux sur les moyens insuffisants dont dispose le pôle judiciaire de santé publique et vous ont interpellé sur le non-respect des délais d'indemnisation par le Fonds d'indemnisation des victimes de l'amiante (FIVA). Croyez-vous que la reconduction à l'identique de la contribution de la branche AT-MP au FIVA soit susceptible d'améliorer la situation, alors que les victimes sont toujours plus nombreuses ?

« Enfin, les partenaires sociaux ont-ils donné suite à la demande du Gouvernement d'une négociation sur la médecine du travail ? A-t-on arrêté un calendrier ? Quelles sont les grandes lignes de vos propositions ? »

M. le ministre du travail. J'ai déjà répondu sur le FCAATA. Concernant le FIVA, nous allons renforcer ses moyens en personnel, avec une vingtaine de recrutements d'ici à la fin de l'année. Quant à la dotation, elle apparaît conforme aux besoins. Sur la médecine du travail, j'ai saisi les partenaires sociaux ; je leur ai proposé la date du 31 décembre, ils ont souhaité un délai supplémentaire : la négociation pourrait donc se dérouler jusqu'au 28 février 2009.

M. Patrick Roy. Les retraités savent calculer. Ils ont bien vu qu'en 2008, contrairement aux promesses du Gouvernement, ils ont subi une perte de pouvoir d'achat sévère. Qu'en sera-t-il en 2009 ? Je suis quelque peu inquiet.

En ce qui concerne l'amiante, je déplore moi aussi les délais extrêmement longs d'indemnisation par le FIVA. Par ailleurs, je suis personnellement très réservé sur les

propositions faites dans le rapport Le Garrec. J'insiste sur le fait que l'amiante est aussi un problème pour l'avenir, tant qu'on ne traite pas la question de l'amiante résiduel.

M. le ministre du travail. Nous aurons l'occasion de revenir sur la question de l'amiante. Concernant les retraites, le rattrapage a été réalisé par l'augmentation de 0,8 % en septembre ; mais si nous avions respecté la loi, nous n'aurions pas dû la faire, les revalorisations s'appréciant au regard des trois dernières années. C'est pourquoi la règle doit être changée.

Mme Jacqueline Fraysse. Je regrette, comme d'autres, que ce PLFSS ne contienne aucune mesure de fond pour améliorer le financement de la protection sociale, en éternel déficit. On ne tient aucun compte, par exemple, des observations faites par la Cour des comptes, notamment sur les exonérations de cotisations sociales. Par ailleurs, nous avons reçu les représentants des organismes complémentaires : s'ils reconnaissent avoir la possibilité de payer cette année, ils disent clairement que si cette mesure est maintenue les années suivantes, il faudra la répercuter sur les cotisations.

Ce texte, qui entretient l'illusion en matière de recettes – je ne reviens pas sur ce qui a été dit sur la masse salariale –, l'entretient également en matière de dépenses. Je ne reviens pas non plus sur ce qui a été dit, y compris par la Cour des comptes, sur les modalités de fixation de l'ONDAM. Je note le renforcement de la maîtrise médicalisée, qui m'inquiète.

Je m'inquiète aussi d'un glissement dans le rôle de la Haute autorité de santé : les professionnels de santé ont aujourd'hui confiance en ses recommandations parce qu'elles ont un caractère scientifique ; le fait qu'on lui donne pour mission de recenser les produits les moins coûteux change la donne.

Deux observations sur l'hôpital. La T2A a précipité les hôpitaux dans le déficit ; le renforcement du cadre juridique des plans de redressement et de mise sous administration provisoire opéré par le présent PLFSS ne peut pas suffire à régler la question. D'autre part, comment va-t-on financer les missions de service public auxquelles les hôpitaux sont soumis – accueil de tous les patients, permanence des soins, urgences médicales et chirurgicales ? De toute évidence, les dotations actuelles sont bien insuffisantes.

M. Dominique Tian. Il me paraît malheureusement inexact de dire que ce PLFSS n'entraîne pas de coût supplémentaire pour les entreprises puisqu'il crée le forfait social. De plus, je m'étonne d'y trouver la création de la prime de transport, qu'on aurait mieux comprise dans le cadre du Grenelle de l'environnement.

Enfin, l'exposé des motifs de l'article 61 indique que « *la décision du passage de l'activité à la retraite relèvera désormais du seul choix du salarié* » : cette rédaction me paraît quelque peu déraisonnable !

M. Philippe Boënnec. Force est de reconnaître qu'il n'est pas facile de proposer un PLFSS dans les conditions actuelles et que ce texte traduit un réel volontarisme.

Je m'interroge sur le montant très élevé des exonérations de charges sociales : il faudrait approfondir la question.

Concernant la perte d'autonomie et le cinquième risque, l'année 2009 sera-t-elle une année d'études ou d'action ?

M. Guy Malherbe. S'il y a des économies à rechercher en matière de dépenses de médicament, c'est à l'hôpital, où ces dépenses progressent particulièrement vite ; il faut s'employer à le faire. En revanche, la mesure proposée sur les EHPAD entraînerait plus de difficultés que d'économies.

Mme la ministre de la santé. Sur les complémentaires santé, j'ai déjà répondu.

Vous craignez, Mme Fraysse, que l'économique l'emporte sur le médical dans la mission de la HAS. Pour ma part, je constate que nous avons des marges d'efficacité considérables. Un exemple : suite à une prothèse de hanche, entre avril et septembre 2006, le nombre de séances de kinésithérapie prescrites à des fins de rééducation varie de 11 à 37 selon les départements. Que la HAS établisse un référentiel indicatif encadrant ce nombre, dont le praticien pourra toujours s'exonérer, ne me paraît pas anormal. De même, on n'est pas obligé de commencer un traitement par le produit le plus cher ; encore faut-il disposer des informations nécessaires, et pour cela les logiciels d'aide à la prescription validés par la HAS sont très utiles. Le taux de croissance annuel des dépenses de kinésithérapie a été de 5 % en valeur sur la période 1994-2006. La mesure proposée par l'UNCAM dans son rapport de juillet dernier sera ciblée sur certains actes en série de masseurs-kinésithérapeutes, sur des séquences de soins identifiés. L'économie prévue est de 65 millions d'euros. La mesure sera ensuite étendue à d'autres actes de rééducation. Pourquoi s'interdirait-on de soigner mieux à moindre coût ?

S'agissant de la T2A, personne ne réclame le retour à la dotation globale, qui était très injuste pour le malade qui voulait se faire soigner dans un établissement dont les crédits étaient épuisés... Certes, la T2A a besoin d'un pilotage en continu ; mais il est absolument faux de dire qu'elle est responsable du déficit des hôpitaux. Ce déficit – dont 50 % est concentré sur 21 établissements – a diverses causes structurelles, comme les équipements surdimensionnés, voire inutiles, ou les politiques de gestion du personnel non pertinentes.

(M. le président Pierre Méhaignerie reprend la présidence)

Mme la secrétaire d'État chargée de la solidarité. M. Le Guen a prétendu que la CNSA n'avait pas voté le projet de budget primitif pour 2009 : c'est faux. Il a été approuvé à la quasi-unanimité sur trois de ses sections budgétaires ; sur deux autres, certains administrateurs n'ont pas pris part au vote mais n'ont pas souhaité voter contre l'ONDAM médico-social, qui progresse de 6,3 %, soit de 920 millions d'euros, ce qui représente un effort considérable.

En quatre ans, nous sommes passés de 2 500 à 7 500 places d'EHPAD créées par an, et de 4 000 à 6 000 places pour les soins infirmiers à domicile.

En ce qui concerne la fourniture des médicaments dans les EHPAD, une large concertation aura lieu tout au long de l'année 2009. Dès le 22 octobre, des réunions de concertation vont être organisées sur le rôle des médecins coordonnateurs et celui des médecins libéraux en EHPAD. Le Gouvernement est bien sûr ouvert à toutes les propositions d'amélioration du dispositif. La question n'est pas seulement de maîtriser les dépenses : il s'agit aussi de lutter contre le fléau des affections iatrogènes, cause majeure de l'hospitalisation des plus de 75 ans, ainsi que d'améliorer la coordination des soins. Bien entendu, l'intention du Gouvernement n'est pas de prendre une mesure contre les pharmaciens d'officine, mais de travailler avec eux dans une logique de partenariat. Nombre

d'établissements fonctionnent déjà avec des conventions, et nous pourrions nous appuyer sur leur expérience. Il nous faudra aussi travailler sur la question des médicaments coûteux.

Concernant le calendrier du cinquième risque, notre objectif est de déposer un projet de loi avant la fin de l'année, pour qu'il puisse être débattu au Parlement début 2009.

Mme la ministre de la santé. La croissance des dépenses de médicaments très onéreux à l'hôpital, largement supérieure à 15 % l'an, pèse sur le déficit de l'assurance maladie ; nous proposons donc de mener une analyse nationale permettant des comparaisons entre régions et entre établissements sur l'ensemble des spécialités pharmaceutiques de la « liste en sus » – liste des spécialités financées en sus des prestations d'hospitalisation. La modération de ces dépenses se fera sur la base de recommandations de la HAS et de l'Institut national du cancer (INCa) et permettra aux établissements d'envisager des revalorisations plus importantes des tarifs d'hospitalisation : c'est une stratégie gagnant-gagnant. L'analyse sera transmise aux ARH, qui devront examiner les pratiques de chaque établissement de leur ressort. Aux termes de l'article 36 du PLFSS, si au regard de cette analyse – et compte tenu des recommandations émises par la HAS, l'Agence française de sécurité sanitaire des produits de santé (AFSSAPS) et l'INCa – l'ARH estime que le dépassement du taux n'est pas justifié, elle pourra décider de conclure, pour une durée d'un an, avec l'établissement de santé et la caisse d'assurance maladie, un plan d'action visant à maîtriser l'évolution des dépenses par l'amélioration des pratiques. Si ce plan d'action n'est pas respecté, le taux de remboursement des dépenses des médicaments de la liste en sus pourra être diminué à concurrence de 10 %. Enfin, la prescription initiale d'un médicament orphelin par le médecin de l'hôpital devra désormais faire l'objet d'une validation du centre de référence compétent pour la maladie rare concernée.

Mme Jacqueline Fraysse. On ne dit rien de l'élaboration du prix de ces médicaments coûteux...

Mme la ministre de la santé. Le prix est validé par le comité économique des produits de santé (CEPS).

M. le président Pierre Méhaignerie. Des comparaisons internationales peuvent être faites.

Mme la secrétaire d'État chargée de la famille. M. Féron, la politique familiale est équilibrée, novatrice et a engagé une dynamique : en 2002, le taux de natalité était de 1,86 ; aujourd'hui, notre taux de natalité est le plus fort de toute l'Union européenne. C'est le résultat de la politique que nous avons menée. Ainsi, nous consacrons à travers la PAJE 4,9 milliards d'euros à l'accueil du jeune enfant. J'aurais aimé avoir votre soutien pour, comme nous le proposons dans ce PLFSS, faire bénéficier ceux qui ont des horaires de travail atypiques d'un complément de mode de garde majoré.

Par ailleurs, une enquête récente du Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) montre que les Français sont beaucoup plus demandeurs d'équipements que de prestations ; c'est pourquoi l'engagement du Président de la République est d'abord de développer des modes de garde très diversifiés. À cet égard, j'aurais également aimé avoir votre soutien sur la mesure consistant à permettre aux assistantes maternelles de garder quatre enfants ainsi que sur l'assouplissement de la réglementation permettant aux assistantes maternelles, notamment dans les quartiers difficiles, de se regrouper dans des structures adaptées. Des quartiers feront l'objet d'une

expérimentation, afin de répondre à l'attente de femmes qui, parfois, faute de mode de garde, ne peuvent même pas se rendre à un entretien d'embauche.

Quant aux majorations de pension pour enfants, c'est le gouvernement de M. Lionel Jospin qui avait commencé à en transférer le financement sur la branche famille, à hauteur de 15 % puis de 30 %. Le mouvement a été poursuivi par le gouvernement de M. Jean-Pierre Raffarin, pour atteindre 60 % ; notre objectif est d'arriver à 100 % en 2011, dans un but de clarification du financement des avantages familiaux de retraite.

Sur l'idée d'un référentiel pour les PMI, M. Féron, je vous suis : je souhaite la mise au point, à destination de l'ensemble des PMI de France, d'un guide définissant les bonnes pratiques. Son contenu sera établi dans la concertation. Si nécessaire, nous lui donnerons une valeur réglementaire.

Quant au Haut conseil de la famille, je vous informe que M. Bertrand Fragonard a été pressenti pour le présider, mon objectif est de le mettre en place en novembre.

Enfin, je comprends que M. Jean-Marie Le Guen, après une intervention aussi caricaturale, ait battu en retraite pour que je ne lui réponde pas... Je constate en tout cas que les ministres chargés de la famille des Vingt-sept, que j'ai réunis à Paris le 18 septembre, sont extrêmement intéressés par la politique familiale française et que beaucoup souhaitent s'en inspirer, afin d'élever le taux de natalité dans leur pays.

M. Hervé Féron. J'ai toujours pensé qu'évaluer la politique familiale par le taux de natalité était réducteur. Cela dit, que notre taux de natalité soit le plus fort d'Europe suffit à justifier un niveau de dépenses plus élevé par rapport au PIB.

Au sujet des horaires atypiques et des assouplissements que vous proposez, je n'ai pas dit que je ne vous soutenais pas ; vos propositions sont pertinentes, mais nous ferons des propositions pour les améliorer et pour les compléter car elles sont très insuffisantes. J'espère que nous aurons l'occasion de revenir ultérieurement sur ces questions.

M. le président Pierre Méhaignerie. Moi qui lutte contre les excès de niches fiscales, j'aimerais qu'on développe un peu plus vite les crèches d'entreprise et inter-entreprises...

Mme la secrétaire d'État chargée de la famille. J'ai reçu les partenaires sociaux ainsi que la fédération des crèches privées et la CNAF. La proposition est de doubler le crédit d'impôt famille et de le recentrer sur la création de places de crèche. Par ailleurs, j'ai pris des initiatives concernant les places de crèche inoccupées. À l'AP-HP, par exemple, les 4 100 places étaient occupées à moins de 70 % : ce n'était pas acceptable.

Mme Jacqueline Fraysse. Comment explique-t-on cette situation ?

Mme la secrétaire d'État chargée de la famille. Par le fait que les places sont réservées au personnel hospitalier. La solution a été trouvée dans une crèche hospitalière de l'Oise que je suis allée visiter mardi dernier à six heures et demie du matin, et qui fait partie du réseau AP-HP : une convention a été signée en 2004 avec la caisse d'allocations familiales pour l'ouvrir aux personnes habitant à proximité. Nous avons décidé d'étendre cette pratique. Il faut faire de même sur l'ensemble du territoire français dans les crèches dont sont bénéficiaires les agents publics. Mais bien sûr, Monsieur le président Méhaignerie, je suis très favorable à un encouragement au développement des crèches d'entreprise et interentreprises.

La commission examine, sur le rapport de MM. Yves Bur, Jean-Pierre Door, Denis Jacquat et Hervé Féron, le projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2009 (n° 1157).

M. le président Pierre Méhaignerie. Je constate que personne ne souhaite prendre la parole, chacun ayant eu tout loisir de s'exprimer pendant l'audition des ministres. La discussion générale est donc close. Nous examinerons les amendements mardi prochain à 17 heures et, éventuellement, mercredi matin.

La séance est levée à dix-neuf heures trente.